


BRITISH MED
Library
ASSOCIAT

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

BUDAPEST, AOÛT—SEPTEMBRE 1909



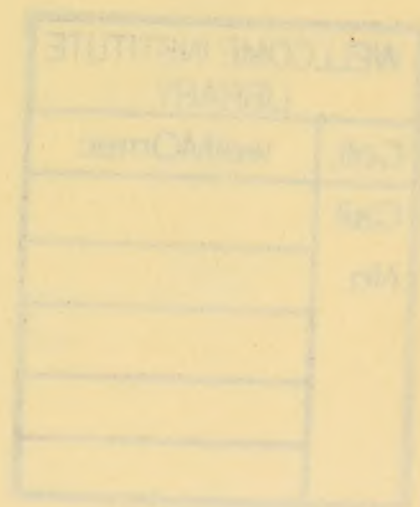
COMPTE-RENDU

PUBLIÉ PAR LE

Dr FRANÇOIS DE TORDAY
SECRÉTAIRE DU CONGRÈS

SECTION XII:

PSYCHIATRIE



BUDAPEST
1910

14791236

FRANKLIN-TÁRSULAT BUDAPEST



Table des Matières.

Les chiffres arabes indiquent la page où commence le texte du Rapport ou de la Communication ; les chiffres romains indiquent la page où l'on trouve la discussion. — **R** = Rapport, **C** = Communication.

★

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(BUDAPEST : AOÛT—SEPTEMBRE 1909)



SECTION XII :

PSYCHIATRIE

PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE I

Lundi le 30 Août 1909, p. m.

Présidents : Moravcsik, Cramer, Tschitsch.

Moravcsik, président gérant, ouvre la Séance en prononçant l'allocution suivante :

Messieurs,

Emu et flatté de l'honneur qui m'échoit en inaugurant les séances de la Section de Psychiatrie du seizième Congrès international de Médecine, je ne veux m'acquitter de cette tâche sans saisir l'occasion qui se présente à moi d'exprimer mes plus chaleureux remerciements aux savants de l'étranger d'abord, à mes compatriotes ensuite, pour la complaisance vraiment obligeante qu'ils nous témoignent en rehaussant, et par leur présence et par leur aimable collaboration, l'éclat et le prestige de notre Congrès.

Certes, le nombre toujours croissant des Congrès n'est pas sans provoquer, de la part de certaines personnes, les critiques les plus acerbes contre ces réunions internationales. Cependant — permettez-moi de vous faire part de cet espoir — je crois que les Congrès jouent dans la vie un rôle dont il serait puéril de vouloir discuter l'importance. Ils sont la manifestation vivante de cette force gigantesque qui existe dans la réunion et le groupement des savants appartenant aux diverses nations et s'assemblant afin d'atteindre un but supérieur. J'estime qu'à côté de cette force disparaissent entièrement les murs que dressent, avec tant d'artifice, les conjonctures extérieures, les circonstances politiques et les aspirations et revendications individuelles et sociales. Ici, tous les hommes se confondent dans un sentiment élevé de la science qui est éternelle, et dans l'amour humanitaire qui est notre cheville ouvrière. Mais, ce n'est pas tout encore : les Congrès favorisent aussi le développement, l'appréciation et l'estime réciproques que les hommes professent les uns pour les autres à la suite des rela-

tions personnelles qui s'y établissent. Les rapports bien préparés, les communications approfondies, les discussions et délibérations qui s'y rattachent, font non seulement mûrir de nombreuses idées, mais donnent encore l'impulsion à une foule d'autres, toutes nouvelles et se traduisant par d'infatigables investigations scientifiques. Or, si l'on songe que la Psychiatrie, qui fut pendant si longtemps la Cendrillon des autres branches de la science médicale, et qui, grâce à l'emploi de méthodes et de moyens scrutateurs plus délicats et plus rationnels, passe actuellement par des transformations éminemment essentielles, l'on se sent autorisé à dire qu'elle a, plus que toute autre, besoin de ce contact personnel des hommes pour en être discutée à fond et éclaircie. Les recherches expérimentales, anatomiques et cliniques, accomplies avec l'inlassable zèle des abeilles au travail, préparent un sol de plus en plus favorable et solide aux résultats du présent, comme à ceux de l'avenir. Mais le groupement plus distinctif de ces résultats obtenus, leur soudure en un tout complet et durable, ainsi que la dispersion totale des divergences dans les opinions individuelles ne deviennent possibles que grâce aux délibérations approfondies de ces sortes de réunions. A l'instar de ses soeurs, la Section de Psychiatrie s'est assigné la tâche de discuter quelques questions d'importance capitale. Je nourris l'espoir qu'elle atteindra le but qu'elle s'est tracé et vous salue, Messieurs, en vous priant de vouloir bien m'accorder votre gracieux et bienveillant concours dans l'accomplissement de ma tâche.

J'ai l'honneur de déclarer ouvertes les séances de la Section de Psychiatrie du seizième Congrès international de Médecine.

Je crois exprimer votre avis, unanime, Messieurs, en vous proposant d'élire Messieurs Anton, Boeck, Bresler, Bond, Catsaras, Colin, Cramer, Crocq, Van Deventer, Dupré, Friedländer, Greidenberg, Hebold, Kéraval, Kopossov, Baron Krudener, Ley, Lépine, Mac Donald, Moreira, Marie, Maillard, Pactet, Peretti, Régis, Rossolimo, Roubinovitch, Rouby, Serbski, Schlöss, Sa Fereira, Stewart, Sommer, Snell, Tschitsch, Tamburini, Würschmidt, Weygandt, Wagner von Jauregg présidents d'honneur de notre Section.

Meine Herren! Nach meiner Ansicht wäre es zweckentsprechend, wenn nach den Referaten und Vorträgen, welche dasselbe oder ähnliche Themata behandeln, eine gemeinsame Diskussion erfolgen würde. Nimmt die Sektion diesen Vorschlag an? Wenn ja, somit spreche ich den Beschluss aus.

Zum Vorsitze der heutigen Sitzung erlaube ich mir folgende Herren zu ersuchen. Vormittag: Geheimrat Prof. Cramer und Professor Tschitsch. Nachmittag: Excellenz Van Deventer und Chefarzt Keraval.

Nun ersuche ich Herrn Prof. Geheimrat Cramer das Präsidium zu übernehmen.

Rapport:

Ballet et Maillard (Paris): ***La classification des maladies mentales.*** I. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir à l'heure actuelle une classification absolument rationnelle des maladies

mentales. Ce que l'on désigne sous le nom de maladies mentales constitue un vaste groupe d'états pathologiques, où l'on trouve à côté de véritables maladies, des syndromes, des complexus symptomatiques plus ou moins bien définis, des infirmités congénitales, de simples anomalies psychiques, etc., en un mot tout un ensemble disparate et comprenant des éléments de valeur très différente au point devue nosologique, qu'on ne peut songer à classer suivant les méthodes des autres sciences naturelles.

On ne peut établir actuellement une classification ayant quelque valeur pratique que si on se borne à la considérer comme une sorte de bilan, d'inventaire de nos connaissances psychiatriques ; mais cet inventaire, pour n'être pas une simple nomenclature, devra se développer dans un ordre aussi rationnel que possible, permettant de grouper les faits de même nature et d'attribuer une place, logiquement déterminée, à tous les états psychopathiques aujourd'hui reconnus.

Si l'on examine quels caractères classificateurs peuvent être utilisés pour une telle classification, on s'aperçoit qu'il n'en est aucun qui puisse servir de base unique à la distinction des catégories ; on ne peut choisir uniquement ni la physiologie, ni la psychologie, ni l'anatomie pathologique, ni l'étiologie, sous peine d'être forcément amené à remplacer trop souvent les faits par des hypothèses. Devra-t-on se baser uniquement sur la clinique ? Cette méthode qui fut bien certainement la meilleure tout au début de la psychiatrie, lorsqu'il s'agissait de mettre un peu d'ordre dans la chaos des psychopathies, serait actuellement insuffisante, car elle ne peut aboutir qu'à déterminer des syndromes. La connaissance des syndromes mentaux fut le premier pas de la médecine mentale ; mais de nos jours l'étude de l'évolution de certains de ces syndromes d'une part, et d'autre part la connaissance plus exacte de certains facteurs pathogéniques ont jeté de vives lumières qui permettent d'apercevoir différentes catégories de psychoses, parmi celles qui ne sont pas encore déterminées anatomo-pathologiquement.

Nous prendrons donc les choses comme elles sont, c'est-à-dire les états psychopathiques par le côté où ils nous sont le mieux connus, nous servant, pour les grouper, de leurs caractères les plus objectifs et les plus certains. La classification que nous proposons sera basée, autant que possible, sur la pathogénie et l'anatomo-pathologie, ce qui présente le grand avantage de grouper ensemble les maladies mentales de même nature, tout en laissant le moins de place aux vices de l'esprit. A défaut de ces deux bases, nous utiliserons les caractères cliniques.

On nous reprochera peut-être de nous servir ainsi de caractères différents, mais nous pensons qu'il serait prématuré de vouloir choisir a priori l'un de ces caractères à l'exclusion des autres. Il nous paraît plus raisonnable d'utiliser toutes les donnés acquises dès maintenant ; une classification, mettant en oeuvre tous ces matériaux, donnera le mieux une vue d'ensemble de l'état actuel de la psychiatrie, et c'est là en définitive le véritable objet d'une classification actuelle des maladies mentales.

II. Parmi les psychoses, il en est qui sont nettement acquises et d'autres qui sont nettement originelles et constitutionnelles.

Dans les premières la prédisposition peut sans doute exister, à un état plus ou moins latent, de même qu'on peut la supposer à l'origine de toute maladie, mais elle n'y joue en tous cas qu'un rôle extrêmement effacé ; toute l'importance pathogénique appartient à la cause extérieure. Dans le deuxième groupe, au contraire, la cause extérieure, lorsqu'elle existe, n'a joué dans le développement de la psychose qu'un rôle restreint de cause occasionnelle, le trouble mental trouvant sa véritable raison d'être dans une constitution originellement défectueuse.

Entre ces deux groupes extérieurs, nous placerons, dans un ordre déterminé par l'importance relative des deux facteurs pathogéniques, intrinsèque et extrinsèque, les psychoses qui sont conditionnées à la fois par une prédisposition et par une cause extérieure.

Ainsi partant des troubles mentaux qui apparaissent le plus nettement comme acquis et déterminés par une cause entièrement extrinsèque, pour remonter progressivement, en suivant autant que possible l'influence décroissante des causes extérieures et l'importance croissante de la prédisposition, jusqu'aux psychoses qui apparaissent avec évidence comme totalement conditionnées par une anomalie psychique congénitale, nous pouvons ranger tous les états psychopathiques dans les six grands groupes suivants : 1. Psychoses organiques proprement dites. 2. Psychoses toxiques. 3. Démence précoce. 4. Psychose systématisée primitive. 5. Psychoses dues à une agénésie psychique partielle (déséquilibre mental). 6. Psychoses dues à une agénésie psychique globale.

III. Classification :

A) Psychoses acquises, secondaires à une cause extérieure.

I. Psychoses organiques :

a) troubles intellectuels dus à des encéphalopathies circonscrites, aphasie, apraxie, troubles de la mimique émotionnelle, etc. ;

b) psychoses aiguës, dues à des encéphalopathies étendues, coma, confusion mentale, etc. ;

c) psychoses chroniques dues à des encéphalopathies étendues, paralysie générale, démence artério-scléreuse, démence sénile, idiotie acquise, etc.

II. Psychose toxique : la prédisposition y est déjà souvent plus apparente :

a) psychoses infectieuses : délire aigu, délires fébriles, délires des septicémies, etc. ;

b) psychoses auto-toxiques :

1. par hyperfonctionnement glandulaire, troubles psychiques de la maladie de Basedow ;

2. par insuffisance glandulaire (hépatique, rénale, thyroïdienne, surrénale, ovarienne, etc.) ;
confusion mentale, délire onirique, délire brightique, diabétique, asthénies diverses, psychoses d'épuisement, idiotie myxœdémateuse, etc. ;

c) psychoses exo-toxiques :

1. chroniques : alcool, plomb, tabac, morphine, etc. :
2. transitoires : ivresses de l'alcool, de l'opium, du hachich, etc. :

B) Psychoses primitives à prédisposition souvent latente.

III. Démence précoce :

a) formes : simple, catatonique, hébéphrénique ;
b) forme paranoïde.

IV. Psychose systématisée primative :

Psychose systématisée progressive, délire de persécution à évolution systématique de Lasègue-Falret, délire chronique de Magnan.

C) Psychoses constitutionnelles, conditionnées nettement par une anomalie psychique.

V. Psychoses dues à une agénésie psychique partielle (déséquilibre mental.)

a) trouble du jugement et orgueil pathologique (constitution paranoïaque) ;
délires à idée prévalente, délires de revendication, persécutés-persécuteurs, inventeurs, réformateurs, régicides, etc. ;

b) Trouble du sens critique :
délire d'interprétation de Sérieux et Capgras.

c) Trouble de l'humeur :
cyclothymie, psychose périodique, excités et déprimés constitutionnels, etc.

d) Trouble de l'émotivité :
névrose d'angoisse, états obsédants, psychasthénie, douteurs, scrupuleux, phobiques, etc. ;

e) Suggestibilité pathologique :
hystérie, pithiatisme.

f) Troubles des instincts et de la volonté :
perversions instinctives, impulsions, fous moraux, kleptomanes, mythomanes, etc.

VI. Psychoses dues à une agénésie psychique globale (idiotie congénitale) :

a) formes cliniques caractérisées par le degré de l'agénésie psychique : débilité mentale, imbécillité, idiotie proprement dite.

b) formes cliniques caractérisées par les anomalies morphologiques : idiot mongolien, idiot microcéphale, idiot amaurotique familial, etc.

Dans cette dernière classe, l'état morbide relève des causes agissant par le mécanisme obscur de l'hérédité sur le germe même et sur la constitution de l'individu. C'est le plus haut degré de la prédisposition.

Kéraval (Paris) : *Quelques généralités sur la classification rationnelle des maladies mentales.* Après avoir envisagé le principe de la subordination des caractères dans les sciences naturelles, l'auteur montre que, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne peut être appliqué à la classification des maladies mentales. La pathologie mentale, en effet, comprend des manifestations hétérogènes qui ne sont encore justiciables que de principes de classification divers. Il faut en

tous cas tenir compte des recherches effectuées dans ces douze dernières années, qui font pencher après examen M. Kéraval pour les grandes lignes de classification suivantes.

Arrêts de développement: p. ex, l'idiotie, l'imbécillité, le crétinisme, les débilités mentales.

Psychonévroses: troubles mentaux de la neurasthénie, de l'hystérie, de l'épilepsie, etc.

Psychoses toxiques:

a) dues aux poisons proprement dits: désordres mentaux causés par l'alcool, le plomb, la morphine, la cocaïne, etc.;

b) dues aux infections: typhoïde, rage, puerpéralité, influenza, etc.. délire aigu (?)

c) autotoxiques viscérales, glandulaires, etc.: états confusionnels, hallucinatoires, oniriformes, myxoedémateux, etc., délire aigu (?)

Psychoses organiques:

ex. paralysie générale, démence postalcoolique, démence sénile, par lésions vasculaires ou autres du cerveau.

Psychoses fonctionnelles:

ex. manie, mélancolie et folie maniaque dépressive, délires systématisés; démence précoce: simple, hébéphrénique, catatonique; dégénérescence mentale: obsédés, phobiques, anxieux, déséquilibrés, etc.

Bresler (Lublinitz). ***Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen.*** Vortragender hält den ätiologischen Gesichtspunkt für denjenigen, von welchem aus Verständigung über eine einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen möglich ist. Schon jetzt besteht solche Einheitlichkeit da, wo die Ursachen feststehen oder als höchst wahrscheinlich erkannt sind. Darum muss nach dem gleichen Ziel auch bei den übrigen Psychosen gestrebt werden. Der ätiologische Gesichtspunkt ist auch der praktisch wichtigste unter allen für die Klassifikationen der Psychosen herangezogenen (Symptomatologie, pathologische Anatomie, Verlaufsart, Prognose). Es wird dies im einzelnen näher begründet. Vortragender schlägt folgende Einteilung vor: I. Endogene Psychosen: *a)* Konstitutionelle Depression, *b)* Paranoi, *c)* Epilepsie, *d)* Hysterie, *e)* psychopatische Minderwertigkeiten. 1. Zwangstriebe. 2. Zwangsvorstellungen. 3. Moralisches Irresein. 4. Andere endogene psychopathische Minderwertigkeiten. II. Toxische Psychosen: *a)* Infektionsdelirien, *b)* Amentia, *c)* alkoholische Geistesstörungen, *d)* progressive Paralyse, *e)* Dementia præcox, *f)* Dementia senilis, *g)* thyreogene Geistesstörung, *h)* andere toxische Psychosen (auch solche mit Krämpfen), pellagröse. III. Sekundäre psychotische Zustände: *a)* Bei Entzündungen des Gehirns und seiner Häute, *b)* bei Arteriosklerose, *c)* bei Neubildungen, *d)* Bei Verletzungen, *e)* andere sekundäre psychotische Zustände.

Discussion:

Van Deventer (Amsterdam): Ein Vergleich der Klassifikationen von Gilbert Ballet und Gaston Maillard mit denen von Keraval und von Bresler zeigt, dass es in dieser Beziehung noch durchaus keine Einheit gibt.

Aus den Erörterungen dieser Referenten ersieht man, dass man an eine wissenschaftliche Klassifikation, welche angemessenen Anforderungen entspricht, nicht denken kann. Meiner Meinung nach kann man ohne Widerrede erklären, dass eine Klassifikation nur praktisch oder genauer gesagt nur brauchbar sei, wenn sie uns in den Stand setzt die vorhandenen Angaben gegenseitig zu vergleichen und statistisch zu verarbeiten. Wenn man von diesem Prinzip ausgeht, will es mir scheinen, dass das Streben des Psychiaters nicht auf das Festsetzen einer Klassifikation hinzielen soll, sondern auf möglichst scharf umschriebene klinische Bilder, um auf diesem Wege zu einer Einteilung zu gelangen. Nur auf diese Weise wird es möglich sein zu einer Einheitlichkeit zu kommen, eine Sprache zu sprechen, die gegenseitig verstanden wird; die noch immer existierende babylonische Verwirrung muss durch eine Nomenklatur ersetzt werden, die in allen Ländern befolgt wird, bevor man das Material, das sich immer mehr anhäuft ordentlich verarbeiten kann.

In Holland ist im Laufe dieses Jahres das Zählkartensystem vollständig eingeführt worden. Dank dieses Systems erhalten die Inspektoren des Irrenwesens aus allen Irrenanstalten die gebräuchlichen Angaben über die Patienten bei Aufnahme, Krankheit-Entlassung, Versetzung oder Absterben, damit sie diese Statistiken verarbeiten können. Eine grosse Schwierigkeit, die hierbei eintritt, ist die Nomenklatur, gleichsam das Etikettieren des beobachteten Krankheitsbildes.

Um diese Schwierigkeit zu beseitigen haben die Inspektoren es für wünschenswert gehalten, den Anstaltsärzten in der Benennung der Krankheit vollständige Freiheit zu lassen, wenn sie nur das Handbuch angeben mit Bezeichnung der Stelle worin das Bild beschrieben wird. Wie sich aus den schon eingeschickten Karten ergibt, wird dieser Aufforderung von den Anstaltsärzten mit grossem Wohlwollen Folge geleistet. Auf diese Weise bekommt man ein Material das man vergleichen kann. Da die Inspektoren regelmässig mit den Anstaltsärzten in Berührung kommen, bietet es keine Schwierigkeit etwaigen Zweifel durch gegenseitige Besprechung zu beseitigen. Ferner ist auf Antrag der Inspektoren, von dem niederländischen Verein für Psychiatrie und Neurologie eine Kommission ernannt worden, um eine Revision der jetzt gebräuchlichen Einteilung der Psychosen vorzubereiten. Es zeigte sich, dass die jetzt gangbare Einteilung namentlich nach der Einführung des Zählkartensystems nicht mehr dem Bedürfnis entsprach. Allerdings wäre es erwünscht, dass eine Kommission ernannt würde, um das Zustandekommen einer internationalen Einteilung zu befördern.

Hebold (Berlin): Ich habe mich nur zum Worte gemeldet, damit die Bemerkung Breslers über die Berechtigung der Epileptikeranstalten nicht unbeantwortet in die Welt geht. Wenn bekanntlich alle Vergleiche hinken, so ist mit dem Vergleiche der Epileptiker-Anstalten mit Huster- und Diarrhöeanstalten wenig bewiesen. Es gibt nebenbeigesagt Anstalten für Lungenkranke (Husteranstalten), wo die akuten Huster ausgeschlossen sind, es gibt Sanatorien für Darmkrankheiten, wo auch die Diarrhöe eine grosse Rolle spielt. In den Epileptikeranstalten wer-

den nicht epileptische Anfälle, sondern Epilepsiekranke behandelt. Auch bei andern Kranken kommen Krämpfe vor. Wehe dem Arzt, der nur Symptome behandelt. Ich hoffe Ihnen später noch die Berechtigung der Epileptikeranstalten zu begründen.

Die Unterbringung der Epilepsie und ihrer geistigen Störungen in dem System der Psychosen kann noch nicht gewagt werden. Deshalb enthalte ich mich, darauf einzugehen.

Sommer (Giessen) vergleicht die drei Einteilungen von Ballet, Keraval und Bresler in folgenden Punkten:

1. Eine gemeinsame Gruppe (organisch bedingte Psychosen) findet sich bei Ballet unter I, bei Keraval unter IV, bei Bresler unter III *a—d*. Bresler hat damit unter dem eigentlich chronologischen Begriff der sekundären Psychosen bei III*e* «andere sekundäre psychotische Zustände» zusammengebracht, die eigentlich alle sekundären Geistesstörungen umfassen und dadurch die Gruppe zu sehr erweitern.

2. Eine zweite gemeinsame Gruppe (toxische Psychosen) ist gemacht bei Ballet unter II, bei Bresler unter II, bei Keraval unter III.

Diese beiden Gruppen greifen praktisch in einander über, da viele toxische Krankheiten organische Veränderungen bewirken.

Der Streit bezieht sich auf den Rest, der sich bei Ballet unter III—VI, bei Bresler unter I, bei Keraval unter I, II, IV findet.

Hierbei ist vor allem die Idiotie klinisch aufzulassen, da sie in organische, toxische und endogen-funktionelle Gruppen zerfällt wie das auch bei Bresler implicite geschehen ist. Im Einzelnen zeigen die drei Einteilungen eine Kombination von verschiedenen Begriffen (endogen; exogen primär-sekundär, toxisch, nicht toxisch, organisch funktionell). Vielleicht lässt sich bei der Beratung in einer Kommission, obgleich dabei die wissenschaftliche Gefahr von Kompromissen vorliegt, durch kritische Beratung eine Einigung über den bisher Klassifikatorisch nicht geklärten grossen Rest herbeiführen.

Salgó (Budapest): Die von den H. Referenten uns demonstrierten Systeme beweisen für sich schon die grosse Unsicherheit, vielleicht Unmöglichkeit einer Einteilung der Psychosen. Es handelt sich ja vornehmlich um Krankheitszustände, deren Wesen und innere Natur uns unbekannt sind. Wie sollen wir aber Systeme aufstellen, wenn wir kaum wissen was zu systematisieren ist? Sie sehen beispielsweise eine grosse Gruppe bei H. Bresler: «Sekundäre psychotische Zustände», unter welchem Titel er alle aus path.-anat. Veränderungen des Gehirns hervorgegangene Psychosen zusammenfasst. Nun kann es ja gar nicht zweifelhaft sein, dass in ärztlichem, naturwissenschaftlichem Sinne alle Psychosen nach Bresler sekundärer Natur sein müssen. Ich will weiters hervorheben, dass wie Bresler selbst zugibt, die toxische Natur mancher von ihm in dieser Gruppe aufgeführten Psychosen heutzutage noch sehr zweifelhaft ist. Mehr als zweifelhaft ist mir beispielsweise die toxische Grundlage der senilen Geistesstörung; während deren Zugehörigkeit zu den von Bresler als «sekundäre psychotische Zustände» nicht in Abrede gestellt werden dürfte. Ebenso erkennen Sie leicht, dass die Abtrennung der Idiotie aus der Gruppe «psychoses organiques» in dem Systeme von Ballet und Maillard kaum unserem Gedankengange

entsprechen dürfte. Denn wenn es eine organisch bedingte Psychose gibt, dann dürfte es gewiss die Idiotie sein.

Aus alledem können wir ersehen, dass bei unseren heutigen mangelhaften Kenntnissen von dem Wesen der Psychosen, die Bestrebungen zu einer Klassifizierung der Psychosen die Meinungen eher aneinandergebracht hat, als dass sie die Fachmänner einander genähert hätte.

FRIEDLÄNDER (Frankfurt a/M): Die Kritik der Herren Sommer und Salgó wies in treffender Weise auf die wichtigsten Punkte, und auf die etwas schwächeren Stellen in den interessanten Referaten hin. Aber es wäre doch schade, wenn die ganze Arbeit der Referenten gewissermassen unter den Tisch fiele. Dem Ideal einer ätiologischen, pathologischen, psychologischen Klassifikation sind wir leider sehr ferne. Darum würde sich ein Kompromiss empfehlen, vor allem im Interesse einer erspriesslicheren Literaturbenützung. Denken wir blos an die deutsche Literatur. Was der eine dementia præcox nennt, bezeichnet der zweite als manisch-depressives Irresein, der dritte als Paranoia. Darum empfehle ich Ihnen ebenso wie Deventer, zu versuchen, ob nicht von unserem internationalen Kongress aus der Versuch einer internationalen Verständigung, die auch im Interesse des Ansehens unserer Wissenschaft nötig ist, gemacht werden könnte. Darum unterfertigte ich den Antrag Deventer, von dem ich hoffe, dass er uns, wenn auch zunächst nur theoretisch weiter bringt.

CRAMER (Göttingen): Ich glaubte von vornherein wie Sie alle, dass wir heute die Frage nicht lösen würden. Ich habe während der Referate häufig geschwankt, glaube aber doch, dass wir viel gelernt haben und vielleicht insofern weiter gekommen sind, als sich heute etwas schärfer die Gruppen der toxischen und organischen Psychosen hervorheben können. Das ist schon ein Fortschritt, wenn wir nur scharf abgrenzen.

Was die Minderwertigkeiten betrifft, so möchte ich scharf hervorheben, dass wir in diesen Grenzzuständen nur Geisteskranke haben, wenn psychotische Symptome da sind. Alle andere haben ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl und dürfen nicht zu Psychosen gerechnet werden.

BRESLER (Lublinitz): Redner weist gegenüber Einwänden auf Kräpelin und Piltz hin, welche bei Dementia senilis die Neuritis erwähnen. Bezüglich der Auffassung des manischen Symptomenkomplexes auf Schüle (III. Auflage) wo schon ähnliche Gedanken ausgesprochen sind. Redner hat absichtlich nicht die Gruppe toxische Psychosen (II) und sekundär psychotische Zustände (III) unter dem Begriff «exogen» zusammengefasst, weil es noch zu entscheiden wäre, ob Gifte, z. B. in den Drüsen entstehende, für das Nervensystem endogen oder exogen sind. «Sekundär» ist nicht im zeitlichen Sinne zu verstehen. R. weist auf die Schwierigkeiten der Klassifikation; in einer Klinik haben sich in der kurzen Zeit von zwei Jahren die früheren Ansichten über eine Krankheit wesentlich geändert. Die ätiologische Klassifikation steht im Zeichen des geplanten Internationalen Instituts zur Erforschung der Ursachen der Geisteskrankheiten.

Maillard (Paris): D'après la discussion qui vient d'avoir lieu il me paraît résulter que la plupart des orateurs sont d'avis d'établir le principe d'une classification des maladies mentales sur la base de deux grands groupes: psychoses indogènes, psychoses exogènes. La classification que nous venons d'avoir l'honneur de proposer répond exactement à cette indication, puisque le groupe *A* comprend les psychoses exogènes, le groupe *C* les psychoses endogènes, et que le groupe *B*, ainsi que nous l'avons déclaré, ne doit être considéré que comme un groupe d'attente, qui devra disparaître quand on sera plus exactement fixé sur la nature des maladies qui le composent, puisque ces maladies devront alors rentrer dans le groupe *A* ou dans le groupe *C*. Mais jusque là nous croyons qu'il est avantageux de conserver ce groupe d'attente pour éviter un classement prématuré.

On nous a fait le reproche d'avoir isolé les psychoses toxiques des psychoses organiques, en déclarant que ces deux genres de psychoses ne devaient former qu'une classe. Nous avons formé ces deux groupes parce que nous estimons qu'il y a tout avantage à ne pas mettre ensemble pêle-mêle dans un groupe unique des psychopathies aussi différentes que la paralysie générale, la démence sénile, etc. d'une part et d'autre part les psychoses dues par exemple à des poisons exogènes. Mais nous avons rapproché ces deux groupes pour montrer justement les rapports qui les unissent.

On nous a encore reproché d'avoir séparé l'idiotie des psychoses organiques, en disant que l'idiotie était le type de la psychose organique. Bien entendu, mais on peut se demander alors si toutes les psychoses ne sont pas organiques; pour notre part, nous le croyons, toute psychose trouve sa véritable raison d'être dans un trouble de l'organisme, à moins de soutenir que la pensée est indépendante de l'état du cerveau, ce que nous ne saurions admettre. Nous avons d'ailleurs expliqué pourquoi nous mettions l'idiotie congénitale comme terme de notre classification: c'est que cet état psychopathique qui trouve sa cause dans le mécanisme obscur de l'hérédité est pour nous le plus haut degré de la prédisposition, le type achevé de la psychose endogène, puisque l'individu contient entièrement en lui-même le déterminisme de son trouble mental.

En résumé, nous croyons avec MM. Friedländer et Cramer que rien n'est plus difficile qu'une classification des maladies mentales, et que les différences apparentes qui semblent exister entre la plupart des classifications résident beaucoup plus dans les mots que dans les faits; en réalité, la plupart des auteurs paraissent bien près de s'entendre.

Keraval (Paris): Il est un proverbe français qui dit: «La critique est aisée, mais l'art est difficile». Les orateurs qui ont pris la parole sur les rapports représentent la critique, et l'auteur du rapport celui qui a essayé de faire de l'art.

Eh bien, Messieurs, la classification que je vous ai proposée émane de la lecture approfondie et raisonnée de douze années de travaux et mémoires pour la plupart allemands, et vous trouverez le germe issu de ces travaux dans le Jahresbericht de Mendel. Elle a ses défauts inhérents à l'insuffisance de nos connaissances.

Sans doute, comme on l'a dit, une psychose toxique est organique et il n'y a en réalité pas de psychoses fonctionnelles, mais on s'entend quand on parle d'une psychose organique (lésions anatomiques ordinaires) et d'une lésion toxique (par poison, infection, autotoxines). On sait aussi qu'en réalité toute psychose fonctionnelle a un substratum matériel, mais jusqu'à ce qu'on nous ait isolé ce substratum, cet agent morbide, il faut bien employer le terme de «fonctionnel». De même, on est bien obligé de laisser la paralysie générale dans le groupe des psychoses organiques en attendant qu'on en connaisse bien la pathogénie. Même réflexion pour les psychonévroses.

Il ne peut y avoir, en somme, qu'une classification provisoire.

Van Deventer (Amsterdam) und Friedländer (Hohe Mark bei Frankfurt a/M.) stellen den Antrag:

«Es möge eine internationale Kommission gewählt werden, die — zunächst aus praktischen Gründen — eine einheitliche Nomenclatur, eine Klassification der Psychosen vorbereiten soll.»

Einstimmig angenommen.

Communication :

Wagner von Jauregg (Wien): *Die Behandlung der progressiven Paralyse.** Die häufig zu beobachtenden, oft sehr weitgehenden spontanen Remissionen der progressiven Paralyse legen den Gedanken nahe, ob wir nicht durch ärztliches Handeln ähnliche günstige Wandlungen im Krankheitsbilde herbeiführen könnten.

Remissionen infolge antisyphilitischer Curen werden um so häufiger beobachtet, je mehr man in die Lage kommt, Paralytiker schon in einem sehr frühen Stadium zu behandeln.

Die Hoffnung, mit solchen Kuren allein sehr befriedigende und dauerhafte Erfolge bei dieser Krankheit zu erzielen, ist aber gering. Auch sind die spontan auftretenden sogenannten Heilungen der progressiven Paralyse nicht nach antiluetischen Kuren, dagegen häufig nach fieberhaften Prozessen und Eiterungen beobachtet worden.

Der Vortragende hat darum nach antisyphilitischen Kuren Injektionen von Kochschem Alt-Tuberkulin versucht, nach dem ein Vorversuch gezeigt hatte, dass eine Serie von bereits vorgeschrittenen Paralytikern nach Injektionen bis zu 0,1 Tuberkulin gegenüber einem Kontrolmateriale längere Lebensdauer und mehr und weitergehende Remissionen aufzuweisen hatte.

Die Injektionen wurden jeden zweiten Tag gemacht. Es wurde mit 0·01 begonnen und in allmäliger Steigerung der Dosis bis 0·50 gegangen, wobei getrachtet wurde, 39° übersteigende fieberhafte Reaktionen nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Dosis von 0,5 wurde meistens nach 7—12 Injektionen erreicht.

Die Erfolge dieser kombinierten Behandlungsmethode müssen als günstige bezeichnet werden, in dem nur in wenigen Fällen Besserung ganz ausblieb, in einer relativ grossen Anzahl von Fällen aber weit-

* Der Vortrag ist abgedruckt in der Wiener medizinischen Wochenschrift 1909. Nr. 37.

gehende Remissionen, teilweise mit Wiederkehr der Berufstätigkeit eintraten, die in einzelnen Fällen schon bis zu zwei Jahren andauern.

Discussion:

DONATH (Budapest): Zu dem hochwichtigen und lehrreichen Vortrage erlaube ich mir anzuführen, dass ich in der neurolog. Sektion einen Vortrag angekündigt habe: «Die Behandlung der progr. Paralyse mittelst Nukleinsäure-Injektionen.» Diese Behandlung besteht in 2 %-igen subcutanen Injektionen von Natrium nucleinicum, welches Hyperthermen bis 40.5° C und Hyperleukozytosen zu 6100 bewirken kann. Die Injektionen geschehen zu 50—100 cm³ in 5—7 tägigen Intervallen, wenn Hyperthermie und Hyperleukozytose nach 2—5 Tagen abgeklungen sind. Das Präparat hat den Vorzug vor dem Tuberkulin nicht giftig zu sein. Meine Arbeit, vor zwei Jahre begonnen, war bereits fertig gestellt und im April d. J. für diesen Kongress angekündigt, als die vorläufige Arbeit von Oskar Fischer in Prag im Juli d. J. erschien. Mein Vortrag wird nächstens in der neurolog. Sektion gehalten werden, zu welchem ich die Herren Kollegen von der psychiatrischen Sektion mir einzuladen erlaube, und deren Meinung ich hören möchte.

FRIEDLÄNDER (Hohe Mark bei Frankfurt a/M.). Redner erinnert an seine eigenen Bestrebungen, über die er im Jahre 1897 schon in Dresden berichtete: Injektionen mit abgetöteten Kulturen von Bakterium coli und typhi. Redner beschäftigt sich seit Jahren mit der Einwirkung des Fiebers auf Psychosen, über z. Teil überraschende Erfolge wird Redner später berichten, ein Fall, den er im vorletzten Jahr behandelte, zeigte die Wiederherstellung der Kniereflexe und der Pupillenreaktion. Unsere so arme Therapie kann eine eventuelle Bereicherung vertragen; Redner möchte wenigstens bitten, Wagners Vorgehen und seine ergänzenden Mitteilungen nachzuprüfen.

LECHNER (Kolozsvár): Zur Therapie der progressiven Paralyse möchte ich gerne einige Worte hinzufügen, indem ich auf meine noch nicht beendeten Versuche hinweise. Es handelt sich um Serumbehandlungen. Das Serum wurde an Pferden und Eseln hergestellt, indem die Tiere mit Blutserum von Paralytikern behandelt wurden. Das gewonnene Serum wurde den Paralytikern injiziert. Das Resultat war dass sich in der Mehrzahl der Fälle auf 4—5 Jahre sich erstreckende Remissionen einstellten, die auch heute noch andauern, viele Patienten arbeitsfähig machten und überhaupt solche Besserungen ins Leben gerufen werden, die zur Fortsetzung der Experimente aufmuntern. Über die zu gewinnenden Resultate werde ich seinerzeit jedenfalls berichten.

SNELL (Lüneburg) glaubt nicht an die Möglichkeit einer Heilung der progressiven Paralyse. Es ist wahrscheinlich, dass alle Fälle, die als geheilte Paralysen angesehen wurden auf diagnostischen Irrtümern und auf Verwechslung mit Arteriosklerose, alkoholischem Irresein oder Dementia præcox beruhen. Dagegen ist es schon früher gelungen, langdauernde Remissionen durch künstliche Erregung von Eiterung hervorzurufen. Besonders Ludwig Meyer hat durch die Einreibung mit Tartarus stibiatus Salbe so langdauernde Remissionen herbeigeführt, dass man lange Zeit an die Möglichkeit einer Heilung

der Paralyse glaubte. Die Enttäuschung über das Fehlschlagen dieser zu weitgehenden Hoffnung und besonders auf die grosse Unbequemlichkeit der Behandlung und die Hässlichkeit der zurückbleibenden Narben hat die Behandlungsmethode in Vergessenheit geraten lassen. Es darf gehofft werden, dass jetzt unter Vermeidung dieser Unzuträglichkeiten dieselben Ergebnisse, also langdauernde Remissionen im Verlaufe der Paralyse, hervorgerufen werden können.

Wagner von Jauregg (Wien) weist darauf hin, dass er Ludwig Meyer in seinem Vortrage tatsächlich erwähnt hat. Des Vortragenden eigene Versuche sind ja gewissermassen eine Fortbildung des Gedankens L. Meyers. Der Vortragende geht in der Wertschätzung des Verdienstes Meyer sogar weiter als Herr Snell; er ist der Ansicht, dass die Versuche Meyers mit Unrecht vernachlässigt wurden, wenigstens sucht er in der Literatur vergeblich nach einer Begründung dieser Vernachlässigung. Der Vortragende ist der Ansicht, dass, wenn man einen Bruchteil jener Arbeitskraft, die sich in ziemlich unfruchtbarer Weise in Discussionen über die Abgrenzung der Dementia præcox und des manisch depressiven Irrseins erschöpft, der Fortsetzung der Meyerschen Versuche angewendet hätte, die Idee Meyers nicht auf einen so unfruchtbaren Boden gefallen wäre.

SÉANCE II

Lundi le 30 Août 1909, p. m.

Présidents: Van Deventer, Keraval.

Communications:

Lechner (Kolozsvár): *Über normale und pathologische Gefühle.* Empfindungen und Gefühle begleiten alle Reflexvorgänge der Lebenserscheinungen. Sie sind stets mit Kraft-, Stoff-, Form- und Zeitwechselveränderungen verbunden. Letztere laufen innerhalb der anatomisch nachweisbaren Reflexapparate ab.

Der Genese nach gibt es angeborene:

1. Sinnesempfindungen, die durch Aussenreize erweckt werden und als Erregungsempfindungen zu betrachten sind;

2. Gemeingefühle, die durch Innenreize hervorgerufen werden und eigentlich Arbeitleistungsgefühle sind;

oder erworbene:

3. Warnehmungen, die aus Sinnesempfindungen hervorgehen und sich zu Objektempfindungen gestalten;

4. Gemütsstimmungen, die sich aus Gemeingefühlen entwickeln und zu wahren Subjektgefühlen heranwachsen. Von den Eigenschaften der Empfindungen und Gefühle sind zu betonen:

1. Die vom Reiz abhängige passive Dauer;
2. Die vom Reiz abhängige passive Intensität;
3. Die vom Reflexapparat abhängige aktive Irritabilität;
4. Die vom Reflexapparat abhängige aktive Qualität.

Bei jedem Reflexvorgang beteiligen sich drei Faktoren: die Reizaufnahme, das Bewusstwerden der Reizenwirkung und die Reizreaktion. Das Zusammenwirken aller drei ist für das Zustandekommen der Empfindungen und Gefühle unbedingt notwendig. Die Wirkung eines jeden Reflexvorganges ist somit eine Cönästhesie, in der alle jeweiligen Empfindungen und Gefühle der sich verbindenden drei Reflexfaktoren enthalten sind. Dabei wird die Dauer der Cönästhesie zum Erwarten, die Intensität zum Schätzen. Aus der Irritabilität entfaltet sich ein Streben und die Qualität macht ein Realisieren des Reizes möglich.

Hierdurch entstehen im Typus der Sinnesempfindungen die Veränderungs-, Unterschieds-, Intensitäts- und Quantitäts-Empfindungen, die Empfindungen der Bahnung, das Geleitetseins, der Qualität und der Irritation. Auf diese Weise treten ins Leben, im Typus der Gemeingefühle, die Funktions-, Spannungs-, Wohl- und Befriedigungs-Gefühle, die Potenz-, Intentions-, Organ- und Reaktions-Gefühle. Aus Komplexen der Wahrnehmung stammen die Zeit-, Proportions-, Raum-, Zahl-, Ziel-, Relations-, Sein- und Zweck-Empfindungen. Ebenso werden aus Komplexen von Gemüthsstimmungen die Lust-, Bedürfnis-, Genuss-Gefühle die ästhetischen, ethischen, erhabenen, Ich- und Wahrheits-Gefühle.

Es vereinigen sich demnach in jedem Reflexvorgange eine Menge solcher Empfindungen und Gefühle zu einem Komplexe, deren Variationen und einzelne Komponenten, jedes für sich, berufen sind, der Gesammt-Cönästhesie Farbe und Charakter zu verleihen.

Veränderungen im Gefüge der so reflektorisch assoziierten Cönästhesien führen zur Entstehung von pathologischen Empfindungen und pathologischen Gefühlen, dann, wenn die notwendige Kompensation zwischen den drei Reflexfaktoren gestört worden ist. Kompensatorisch wirken hauptsächlich die Aufmerksamkeit und die Übung. Das eine erhöht das Bewusstwerden der Reflexvorgänge, das andere setzt sie herab. Die Aufmerksamkeit regelt die Reizaufnahme, die Übung beeinflusst die Reizreaktion.

Ermüdung, Erschöpfung, Übererhohlung und übermässige Kraftanhäufung beeinträchtigen die kompensatorische Tätigkeit. Die Cönästhesie erleidet dabei entweder einen Zuwachs oder einen Ausfall einzelner, eventuell vieler ihrer Komponenten. Erscheint die Reizaufnahme und die Reizreaktion durch Zuwachs gleichmässig vergrössert, so treten hypersthenische Empfindungen und Gefühle auf.

Beim Ausfall beider Arten von Komponenten kommt die verminderte hyposthenische Empfindungsform zur Geltung. Wo die Reizaufnahme einen Zuwachs, die Reizreaktion hingegen einen Ausfall nachweisen lässt, entstehen die reaktionsarmen, pervers gefälschten parasthenischen Empfindungsarten. Sobald sich aber der Ausfall auf die Reizaufnahme, der Zuwachs auf die Reizreaktion bezieht, gewinnen die paradoxen, mehr-minder bewusstlosen palinsthenischen Empfindungsformen die Oberhand. Dasselbe gilt betreffs der Gefühle.

Auf diese Weise kommen die pathologischen Empfindungen und Gefühle zustande, mit ihren Verkürzungen und Verlängerungen, Ver-

stärkungen und Schwächungen, Erschwerungen und Erleichterungen, Deutlichkeiten und Undeutlichkeiten. Alle Dysästhesien, Dysphorien, Dyseidolien und Dysthymien vermag man auf solche Inkompensationen zurückzuführen. Vom Ohrenklingen und Augenflimmern bis zum Farbenhören und den Transferterscheinungen, sämtliche Störungen der Sinnesempfindung gehören hierher. Vom Schwindel bis zum körperlichen Schmerz, von den hypochondrischen und nihilistischen Sensationen, bis zu den orgastischen Affekten, stammen die verschiedensten Gemeingefühlsstörungen aus solchen Inkompensationen. Auch die positiven und negativen Illusionen, Halluzinationen, die Spaneidolien und Pseudo-Sinnestäuschungen, so wie die krankhaften Impressionen, sie alle sind in diesem Sinne entstandene Wahrnehmungs-Störungen. Selbst die Lusterregungen und die Depressionen, die krankhaften ethischen, ästhetischen, erhabenen und Warheitsgefühle, die perversen Sympatien und Antipatien, die Extasen, Faszinationen, Passionen, die Angst und der pathologische Affekt, sind solche Störungen der Gemütsstimmung, die in schlecht, gar nicht oder überkompensierten Reflexvorgängen ihren wahren Grund erkennen lassen.

Rapport :

Salgó (Budapest): *Die Paranoia.* Trotz der unleugbaren Fortschritte der Psychiatrie und auch trotz der vorläufig noch überschätzten neuesten Untersuchungsmethoden, namentlich der sogenannten experimental-psychologischen Untersuchungsmethode haftet die Diagnose der Paranoia, gerade so wie ehedem im Wesen an den Krankheitssymptomen. Es ist ja zugegeben, dass mancher Symptomenkomplex der früher der Paranoia zugezählt wurde, mit recht eine andere diagnosische Bedeutung erfahren musste. Aber auch diese diagnostischen Rektifizierungen gingen von der zutreffenden Bewertung der Krankheitssymptome aus. Eine vorurteilslose Beurteilung der einschlägigen Krankheitsfälle wird unmöglich die ausschlaggebende Bedeutung der Halluzinationen in dem Bilden der Paranoia verkennen. Und es wird sich gewiss kein Wiederspruch erheben, wenn wir sagen, dass ohne nachweisbare Halluzination die Diagnose «Paranoia» nicht gestellt werden kann. Neben der Sinnestäuschung steht der Bewusstseinszustand der Paranoiker als gleich wichtiges Symptom, der soweit wir darunter die unbehinderte Perzeption die Gesamtheit der Erinnerungen und die lückenlose formale Assoziation verstehen, dem Normalen am nächsten steht. Als drittes Kardinalsymptom der Paranoia darf die systematische Verknüpfung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen zu einem logisch gegliedertem Komplexe gelten. Ich stimme vollständig mit Kräpelin darin überein, dass zur sicheren Feststellung der Diagnose «Paranoia» die typische Verlaufsweise unerlässlich ist. Der Verlauf der Paranoia ist immer und in allen Fällen chronisch. Die Entwickelung fällt in die 20-er Jahre, und ist eine ganz allmälige. Dass vollentwickelte Krankheitsbild besteht unverändert Jahrzehnte hindurch, schliesst unter gewissen Umständen eine, wenn auch minderwertige, so doch geordnete Tätigkeit nicht aus und gibt bezüglich der Heilung eine absolute ungünstige Prognose. Die Ur-

sachen, die zur Entwickelung der Paranoia führen, sind vorderhand nicht vollständig klar. Die hereditäre Belastung spielt wohl unzweifelhaft eine Rolle, doch nicht von der ausschlaggebenden Bedeutung, wie dies gerne angenommen wird. Viel wichtiger scheint mir die individuelle Veranlagung ohne hereditäre Disposition zu sein, eine Veranlagung, die sich als «psychopathische Persönlichkeit» im Sinne Birnbaums äussert, und in abnormen Charaktereigenschaften zu Tage tritt.

Discussion:

SNELL (Lückenburg) hält es für richtig, dass nur die Fälle als Paranoia bezeichnet werden, bei denen kein erheblicher Verfall der geistigen Kräfte eintritt. Die Fälle, die zur Demenz führen, unterscheiden sich in ihrem ganzen Verlaufe von der eigentlichen Paranoia und sollten der paranoiden Form der Dementia præcox zugerechnet werden.

ANTON (Halle): Wenn auch das Verdienst Westphals feststeht gezeigt zu haben, dass die Paranoia nicht immer sekundär sich entwickelt, so verbleibt doch gerade in neuerer Zeit die Berechtigung bestehen, den klinischen und pathologischen Begriff der sekundären Psychose aufrecht zu halten. Wir haben nicht nur die Symptome von erkrankten und ausgefallenen Teilen im Gehirn zu suchen, sondern auch die aktive Reaktion des lebenden Pigones, die veränderte atypische Funktion der je gesund gebliebenen Teile. Die Paranoia tritt stets schon als solche auf, sondern die Vorgeschichte ergibt lange Prodromalsymptome.

VAN DEVENTER (Amsterdam): Mit Salgós Erörterungen bin ich im grossen ganzen einverstanden, jedoch nicht in jeder Hinsicht. So weit meine Erfahrung reicht, bietet es in weitaus den meisten Fällen keine überwiegenden Schwierigkeiten mit ebenso grosser Sicherheit, wie bei den somatischen Krankheiten die klinische Diagnose Paranoia sowie die Prognose festzustellen, auch in den Fällen, wo die Patienten simulieren, dissimulieren oder aggravieren. Man braucht eine genaue Anamnese neben dem status präsens, eine Untersuchung nach dem Vorleben des Patienten angestellt bei Verwandten und sonstigen Personen, die den Patienten gekannt und beobachtet haben. Allerdings ist Paranoia ein typisches Krankheitsbild, das man oft antrifft bei Personen, die sich in der Gesellschaft zu behaupten wissen und interkurrent wegen Verschlimmerung des Zustandes Krankenhaus oder Anstaltsverpflegung bedürfen.

Das Hauptmerkmal dieses Leidens ist meiner Meinung nach krankhafter Eigensinn, das Hegen von Gedanken die im Widerspruch stehen zu den allgemein gangbaren, und die man als den Ursprung oder Ausgangspunkt des Wahnsystems betrachten darf.

Eigentümlich ist es, dass solche Patienten im Kampf des Lebens, wie sie sich selbst ausdrücken, diese Vorstellungen los werden, wenn sie auch überzeugt sind und bleiben von der Realität ihrer krankhaften Gedanken. Obwohl eigentlich nicht die Rede von Krankheitseinsicht sein kann, lernen solche Personen sich dermassen zu beherrschen, dass sie sogar vor ihrer nächsten Umgebung ihre Gedanken zu verheimlichen wissen, wenn wenigstens keine besonderen Umstände

im Spiele sind. Mehrere von solchen Fällen habe ich beobachtet, bei denen vom Auftreten von Halluzinationen nicht die Rede war, im übrigen glaube ich den Halluzinationen nicht eine so ungünstige prognostische Bedeutung zuschreiben zu müssen wie Salgó. So kenne ich Personen in verhältnismässig hohem Alter, die seit den Entwickelungsjahren die Symptome halluzinatorischer Paranoia gezeigt haben, die aber gelernt hatten sich ganz ihrer Umgebung zu akkommodieren. In diesen Fällen schienen die Halluzinationen allmählich nachzulassen; die Patienten selbst erklärten, dass sie weniger damit behaftet seien.

Salgó (Budapest): Die Bemerkungen des Herrn Geh. R. Antons beruhen wohl auf missverständlicher Auslegung des von mir Vorgebrachten. Ich habe unter Beziehung auf Snell und Westphal nur hingewiesen auf deren grosses Verdienst, die ältere Vorstellung von primär und sekundär in dem Krankheitsbilde zerstört zu haben; eine Krankheit von chronischem Verlauf kann nicht in eine neue Krankheit ganz anderen Charakters übergehen. Ich halte deshalb den Ausdruck primär und sekundär für nicht entsprechend und würde meinen, dass den hieher gehörigen Verhältnissen besser entspräche, wenn wir die sog. sekundären Störungen als terminale bezeichnen würden.

Communication:

Catsaras (Athènes): *Le rôle de l'élément toxique et infectieux dans la genèse des maladies mentales.*

La psychiatrie moderne a démontré que les psychoses toxiques et infectieuses se traduisent cliniquement par la confusion mentale, le délire onirique et leurs dérivés. Mais ce n'est pas la seule, — tant s'en faut — formule clinique de ces psychoses, qui peuvent se traduire aussi bien par d'autres syndromes mentaux, ce qui ressort du résumé de neuf observations personnelles insérées dans ce travail.

Le vaste domaine des psychoses toxiques s'est agrandi pendant le cours de ces dernières années par la découverte des psychoses auto-toxiques relevant de la perturbation des glandes à sécrétion interne.

Nous sommes convaincu de l'intervention presque constante de l'élément toxique et infectieux dans la genèse des psychoses comme agent morbifique tantôt principal et tantôt déterminant et agissant sur un terrain prédisposé. Preuves à l'appui de la vérité de ce fait.

L'influence morbifique de l'élément toxi-infectieux étant en raison inverse à l'influence de la prédisposition cérébrale, un élément toxique et infectieux peut baigner tous les tissus de l'organisme et ne localiser ses effets que sur les éléments anatomiques psychiques du cortex et par conséquent ne se traduire que par des troubles psychiques. L'avenir de la chimie pathologique, de la microbiologie et de l'histologie est dans la psychiatrie.

Les effets de la localisation de l'élément toxique et infectieux sur le cortex plus ou moins prédisposé consistent en la production des maladies cérébrales, dont les syndromes mentaux sont symptômatiques.

Les syndromes mentaux ne permettent pas, à eux seuls, de préciser la nature des agents morbifiques.

Le pronostic des syndromes mentaux dépend directement de l'évolution ultérieure des lésions anatomiques, suivant qu'elles sont réparables, ou au contraire deviennent irréparables et s'accompagnent d'une destruction des fibres tangentielles. Signes cliniques du pronostic.

La psychiatrie est tout simplement une partie de la pathologie et en particulier une branche de la neurologie. Résultats scientifiques et sociaux de cette démonstration. Nécessité de l'intervention thérapeutique dès le début des psychoses. Bases rationnelles du traitement.

Discussion :

Anton (Halle) : Die Ausführungen des Vorredners mit dem sympathischen Schlusse wird am besten illustriert im Kapitel des Nerven- und Geisteserkrankungen in dem Puerperium und in der Gravidität. Hier kennen wir Herkunft und Wirkung der Gifte die zum Teile von der Placenta stammen und in den Organen, besonders der Leber sich etablieren. Die nachfolgenden nervösen Störungen sind oft peripher lokalisiert oder zentral. Bekanntlich ist häufig der Sehnerv beteiligt. Bei Rezidiven im neuen Puerperium sind es gewöhnlich dieselbe Teile, dieselben Stationen des Nervensystems. Die individuelle Reaktion ist also bei der Lokalisation der toxich infektiös entsprechendem nervösen Störungen entscheidend.

SÉANCE III

Mardi le 31 Août 1909, a. m.

Présidents : Wagner von Jauregg, Roubinovitch

Rapport:

Cramer (Göttingen) : *Über die nervösen und psychischen Störungen bei Arteriosklerose.* Den ausgesprochen psychischen Störungen bei Arteriosklerose gehen meist nervöse Störungen und solche, welche auf eine Neuronerkrankung hinweisen, voraus. Sie werden nicht selten übersehen.

Die nervösen Erscheinungen bestehen in dem Gros der Fälle hauptsächlich in der Trias : Kopfschmerz, Schwindel und Gedächtnissschwäche.

Dazu kommen die Symptome, welche leicht angedeutet, auf eine Neuronerkrankung hinweisen : Leichte, flüchtige Paresen, zeitweise auftretendes Mitflattern der Gesichts-Muskulatur, Verlangsamung oder Erschwerung der Sprache. Träge Reaktion und Differenz der Pupillen. Parästhesien in den Extremitäten und vieles andere.

Die psychischen Störungen sind meist depressiver Art, doch kommen auch gelegentlich heitere Erregungszustände und paranoide Symptomen-Komplexe vor.

Die Prognose ist um so günstiger, je früher die Behandlung be-

ginnt. Auch bei psychischen Störungen kommen weitgehende Besserungen vor, ja ein Zurücktreten aller Erscheinungen vor, wenn nur entsprechend gelebt wird.

Auch kann das Zustandsbild vorübergehend Schwankungen zeigen.

In schweren Fällen werden die klinischen Symptome durch die Art und Lokalisation des Gewebsprozesses bestimmt. Ungünstig ist die Prognose meist dann, wenn mehrfache apoplektoide Zufälle die Krankheit komplizieren, oder wenn ein dissolutes Leben (Exzesse in Bacho et venere, nebst Vielesserei) weiterfortgesetzt werden.

Tschitsch (Jurjew): *Die im Verlaufe der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.* Auf dem Boden der Arteriosklerose entwickelt sich — am häufigsten im Alter von 50–55 Jahren — die «Neurasthenia arteriosklerotica». Diese Neurasthenie ist durch folgende Symptome charakterisiert: Am häufigsten werden die Kranken durch Herzsymptome gequält: diese Affektionen werden von Angstgefühlen begleitet und rufen eine deprimierte Stimmung hervor. Fast immer klagen die Kranken über schlechten Schlaf. Die Kranken klagen über ein Gefühl der Schwere und Dumpfheit im Kopfe, das sich bei jeglicher Beschäftigung und abends verstärkt. Den Kranken ist jede Beschäftigung zu schwer und sie ermüden leicht, ihre Arbeitsfähigkeit sinkt. In der psychischen Sphäre werden beobachtet: Apathie, Verstimmung und erhöhte Reizbarkeit. Wenn es nicht gelingt die Entwickelung der arteriosklerotischen Neurasthenie aufzuhalten, so geht sie langsam und allmählich in arteriosklerotische Demenz über. Das Gedächtnis und besonders die Fähigkeit der willkürlichen Erinnerung nehmen ab, alle psychischen Prozesse gehen langsamer und langsamer vor sich, es entwickelt sich psychische Stumpfheit, die Urteile des Kranken werden elementar und schablonenhaft, die Phantasie schwindet vollständig. Die Kranken selbst empfinden ihren Zustand: sie entziehen sich jeglicher Beschäftigung; ihr Wille wird schwächer. Vorgeschrittene Fälle von arteriosklerotischer Demenz kommen selten zur Beobachtung, da diese Krankheit nur sehr langsam sich entwickelt und die Kranken gewöhnlich an irgend einer andern Krankheit zu Grunde gehen (z. B. Krankheiten des Herzens, der Nieren usw.). In seltenen Fällen geht die arteriosklerotische Neurasthenie nicht unmittelbar in arteriosklerotische Demenz über: sie werden durch melancholische oder manische Zustände mit einander verbunden, letztere sind zufällige Episoden im gesamten Krankheitsverlauf.

Oláh (Budapest): *Was kann man heute unter arteriosklerotischen Psychosen verstehen?* I. Aus der psychikalisch konstatierbaren Arteriosklerose folgt nicht die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung der feineren Hirnarterien. II. Auch die Sklerose der Hirnarterien geht nicht immer, mit den oben besprochenen Symptomen Hand in Hand, wie überhaupt die gewöhnliche Art. sc. des vorgerückten Alters zu der geschilderten spezifischen Erkrankung nicht zu disponieren scheint. III. Es gibt eine nosologisch noch nicht ins Reine gebrachte Involutionspsychose, welche mit Art. sc. grösseren der geringeren Grades der feineren Gehirnarterien einhergeht ohne von derselben bedingt

zu sein und Anspruch auf eine klinische Individualität hat. IV. Die Benennung arteriosklerotische Psychose ist für diese Form keine glücklich gewählte, erstens weil diese Psychose bei Arteriosklerotikern im gewöhnlichen Sinne nur selten vorkommt, des weiteren, weil dieselben anatomischen Veränderungen auch bei anderen Psychosen zu finden sind und schliesslich weil eine anatomische Benennung, den übrigen nicht anatomischen Bezeichnungen, nicht gut einzureihen ist, die Einheitlichkeit stört und der klinisch-psychiatrischen Auffassung nicht entspricht.

Discussion:

van Deventer: Der Name Psychosis arteriosklerotika scheint mir weniger glücklich gewählt zu sein und zu Missverständnissen Veranlassung zu geben. Tatsache ist, dass typische arterio-sklerotische Änderungen im Gehirn vorkommen, ohne dass bei Lebzeiten des Patienten psychische Abweichungen wahrgenommen werden oder die konstatierten psychischen Abweichungen auf eine solche Erkrankung hindeuten. Höchst instruktiv ist ein Vergleich der lesenswerten Referate von von Tschitsch und von Oláh, die beweisen dass anerkannte Sachverständige wie diese, in dieser Beziehung einen ganz verschiedenen Standpunkt einnehmen. Die von ihnen beschriebenen Krankheitsbilder gehen nicht wenig auseinander, sowohl was die Symptome als den Verlauf und den Ausgang anbelangt. Wie mir scheint gibt das von Oláh beschriebene klinische Bild jenes von den nosologisch noch nicht ins Reine gebrachten Involutionspsychosen am schärfsten wieder, was man eigentlich mit dem Namen arteriosklerotische Psychose bezeichnet. Bei der von ihm beschriebenen Form kommen, wie er mit Recht bemerkt, sehr bedeutende und lang andauernde Remissionen vor.

Bilder, wie sie von Tschitsch beschreibt, werden oft wahrgenommen und entwickeln sich nach meiner Erfahrung auf neurasthenischem Boden. In Fällen von Arteriosklerose des Herzens entwickelt sich das typische Bild von Neurasthenie oder tritt z. B. ein Anfall von Verwirrtheit ein.

In einem sehr grossen Prozentsatz dieser Fälle zeigt die Anamnese, dass schon seit Jahren, zuweilen von der ersten Jugend an, Symptome vorhanden waren, die auf eine neuro- oder psychopathische Belastung hindeuteten.

In den hier gemeinten Fällen von Verwirrtheit zeigte sich sehr deutlich, dass diese sich auf neurasthenischem Boden entwickelt hatte und dass die beschriebene Herzerkrankung als Causa proxima betrachtet werden musste. Die Einführung des Patienten in eine geeignete Umgebung und eine sachverständige Behandlung, hatten ein günstiges Resultat. In Fällen von Dementia senilis, die in keiner Beziehung klinisch von einander zu trennen waren, zeigte erst die Obduktion, dass in einigen Fällen erhebliche arteriosklerotische Änderungen in cerebro wahrzunehmen waren, in anderen hingegen nicht.

Wenn wir dem heutigen Stand der Wissenschaft Rechnung tragen, ist meiner Meinung nach kein Grund vorhanden den Namen Psychosis arteriosklerotika zu gebrauchen.

Weygandt (Hamburg) weist darauf hin, dass einige der schwerer zu beurteilenden Fälle von Pseudotumor cerebri durch Hirnarteriosklerose zu erklären sind.

Salgó (Pudapest).

Cramer (Göttingen): Wir haben hier nicht von arteriosklerotischen Psychosen, sondern nur von psychischen Störungen bei Arteriosklerose gesprochen. Von etwas anderem kann auch nicht die Rede sein. Abgesehen von der progressiven Demenz auf dem Boden einer diffusen Hirnarteriosklerose spielt sich die Sache vielmehr so ab, dass aber die Schädlichkeit, welche die Arteriosklerose setzt, gerade so wirkt, wie andere Schädlichkeiten, z. B. Tumor. Nur bestimmte Fälle von Tumor bringen psychische Störungen, namentlich bei endogener Verletzung, gerade so ist es bei der Arteriosklerose. Bei der Arteriosklerose ist aber die Sache noch mehr kompliziert durch die Folgen der Herderscheinungen (sekundäre Degeneration, Toxwirkung etc.)

Die Prognose ist mit Vorsicht zu stellen, weitgehende Beweise kommen vor, Beschlüsse ad integrum nicht.

In weiteren bespricht Cramer eingehend die forensische Bedeutung der Frage betreffs der Geschäftsfähigkeit.

Rapports:

Friedländer (Hohe Mark, b. Frankfurt a. M.): *Hysterie und moderne Psychoanalyse.* Referent gibt einen gedrängten Abriss über die sogenannte Freudsche Lehre. Dieselbe hat ihre Grundlage in den gemeinschaftlich mit Breuer im Jahre 1895 veröffentlichten Studien über Hysterie. Die Wege, die beide Autoren fanden, ihre neuartige psychologische Betrachtungsweise, die Aufstellung der Begriffe «eingeklemmter Affekt, Abreaktion, kathartische Methode», sind als wissenschaftlich in hohem Masse anzuerkennen, und es sollte Niemand leugnen, dass diese erste Arbeit sehr befruchtend gewirkt hat. Von ihren teoretischen Ansichten ausgehend, entwickelten die beiden Verfasser ihre besonderen Ideen bezüglich der einzuschlagenden Behandlung. Dieselbe müsste — kurz gesagt — eine psychologische sein, in der Hypnose wäre der eingeklemmte Affekt zu lösen, das psychische Trauma, welches zur hysterischen Erkrankung geführt hat, und in das Unterbewusstsein gesunken war, müsste wieder geweckt werden.

Das, was die beiden Autoren in ihrem Buche als psychisches Trauma bezeichneten, stellte sich aber in den späteren Arbeiten als die alles d. h. alle Neurosen beherrschende Sexualität dar. Freuds Erfahrungen gipfeln in der Erkenntnis: «Keine Neurose ohne gestörtes Geschlechtsleben». Aus diesen teoretischen Überlegungen entsprang die Terapie. Freud und seine Nachfolger dringen mit ihren Analysen in das Geschlechtsleben oder in die Vorstellungen von demselben ein, es gelangt alles, aber auch alles, Perversitäten inbegriffen, zur «Analyse».

Referent gibt eine Übersicht über die Anhänger und Gegner Freuds, und zeigt bezüglich der ersteren, auf welche geradezu gefährliche Abwege sich manche von ihnen begeben, unbekümmert um jede Kritik, unbekümmert um den Schaden, den sie den Kranken im besonderen und unserer Wissenschaft im allgemeinen zufügen können.

Referent lehnt nach objektivster Würdigung und nachdem er jahrelang sorgfältig nachgeprüft hat, die Anwendung jener «psychologischen» Therapie ab, die in oft kritikloser Weise bei jeder Neurose nach sexueller Ätiologie forschen, und — besonders weibliche Kranke — der Tortur einer zuweilen monatelangen psychoanalytischen — also im Sinne dieser Autoren sexuellen — Kur unterwerfen will.

Dass jede Hysterie heilbar sei, behaupten wohl auch die Sexual-Analytiker nicht. Referent aber behauptet, dass er beispielsweise einen Fall von Hysterie zur Heilung brachte, der viele Jahre behandelt, dann für unheilbar gehalten, und ohne sexuelle Analyse soweit gebracht wurde, dass dieser, wenn er der einzige wäre, genügte, um gegen jene Terapie zu zeugen. Dass er der einzige nicht ist, davon könnten sich besonders die Jünger Freuds überzeugen, wenn sie sich der Mühe unterziehen wollen auch Andersdenkende — zu lesen.

Referent fasst sein Referat in folgende Sätze zusammen:

1. Eine kausale, auf alle Fälle von Hysterie anwendbare Therapie besitzen wir nicht.

2. Die kathartische (Abreaktions) Methode von Breuer-Freud ist teoretisch für die Psychologie der Hysterie sehr fruchtbar gewesen; praktisch hat sie für gewisse traumatische Fälle Geltung und Wert.

3. Die psychoanalytische Methode ist sicherlich nicht das Mittel um Hysterien günstig zu beeinflussen. Das detaillierte Eingehen auf sexuelle Erlebnisse und Perversitäten sollte prinzipiell vermieden werden.

4. Die psychische Behandlung wie sie jeder erfahrene Psychoterapeut anwendet, erreicht ohne Schaden zu können das gleiche, wie die sexuelle Psychoanalyse; unterstützt kann oder muss sie werden durch die erprobten allgemeinen therapeutischen Massnahmen.

Discussion :

Cramer (Göttingen) spricht sich unter Beibringung von Beispielen mit aller Schärfe gegen die Freudsche Hypothese und deren Verwendung in der Praxis aus, ohne den Wert der psychoanalitischen Methoden im allgemeinen in Frage zu ziehen.

Sommer (Giessen) nimmt in folgender Weise Stellung zu der Freudschen Lehre. Er erkennt darin an:

1. die analytische Richtung im allgemeinen;

2. die analytische Untersuchung der bewussten, halbbewussten und unbewussten Vorstellungskomplexe, welche bei den psychogenen Störungen wirksam sind;

3. die Bewertung der Affektion seits des Seelenlebens bei den psychisch-nervösen Störungen;

4. die Anerkennung des Ausdrucksmomentes der psychischen Vorgänge.

In diesen prinzipiell richtigen Punkten erweist sich die Freudsche Lehre als Ausläufer in der Entwickelung der analytischen Psychopathologie.

Sommer hat dagegen Bedenken und erhebt Protest:

1. gegen die darin enthaltene einseitige Einschränkung der analytischen Richtung;

2. gegen die Überschätzung des sexuellen Momentes in der Lehre von den psychogenen Störungen. Es handelt sich geschichtlich um einen Rückfall in die derartig sexuale Auffassung der «hysterischen» Störungen, welche durch die Beseitigung des Wortes und Ausbildung der Lehre von den den psychogenen Störungen zu beseitigen gemacht wurde,

3. gegen die unbewiesene Popularisierung der Lehre, die die wissenschaftliche Psychiatrie und Nervenpathologie auf die Dauer nur schädigen kann,

4. gegen die starken therapeutischen Fehlgriffe, die aus einer etwaigen Sexual-Theorie der behandelnden Ärzte bei vielen psychisch-nervösen Störungen z. B. epileptischer, neurasthenischer und auch psychogener Art entspringen,

5. im Zusammenhang damit gegen die Autosuggestion der Ärzte und die daraus entspringende Suggestion der Patienten, im Sinne der ärztlichen Theorie, so dass künstlich Sexual-Komplexe an dem Patienten erzeugt werden.

Der Arzt muss sich seiner starken suggestiven Kraft in allen seinen Worten, Fragen, Bewegungen, Handlungen immer bewusst sein, wenn er die Behandlung psychisch-nervöser Zustände auf dem Boden der beobachtenden Psychologie und Psychopathologie durchführen will.

Prince.

van Deventer: Bei keiner Unterabteilung der medizinischen Wissenschaft kommt es nach meinem Dafürhalten in so hohem Grade auf die Persönlichkeit des Arztes an, wie auf dem Gebiete der Psychiatrîe. Die klare, deutliche, gut dokumentierte Auseinandersetzung Friedländers beweist dies aufs deutlichste.

Die suggestive Behandlung ist eines der wichtigsten Mittel des therapeutischen Rüstzeuges in den Händen des Psychiaters, aber eine gefährliche Waffe, wenn es nicht gut angewendet wird.

Als in früheren Jahren nach dem Vorgange Liébaults und seiner Anhänger, Bernheim und Liégeois, diese Behandlungsmethode aufkam, habe ich die Hypnose oft vielfach angewendet und zwar oft mit glänzendem Resultat. Vorsichtshalber beschränkte ich mich hauptsächlich auf die Patienten, die im Krankenhause, wo ich als ärztlicher Direktor tätig war, verpflegt wurden und also Tag und Nacht gewissenhaft observiert werden konnten. Schädliche Folgen habe ich denn auch nie beobachtet.

Eine weitere Erfahrung belehrte mich, dass im weitaus grössten Teil der Fälle, dasselbe günstige bleibende Resultat erzielt werden konnte mit Wachsuggestion, namentlich in Fällen von Neurasthenie und in Fällen, die sich auf neurasthenischem Boden entwickelten, auch bei Paranoia. Das Streben muss dabei sein, die Patienten zu persuadieren. Rein melancholische Zustände sind, so weit meine Erfahrung reicht, davon ausgenommen. Bei Hysterie in ihren verschiedenen Formen und Schattierungen können die eklatantesten Resultate erzielt werden, sowohl zu Gunsten als zu Ungunsten des Patienten; grosse

Vorsicht ist hier empfohlen. Bei der Anwendung der Psychotherapie muss man immer grundsätzlich im Auge behalten das Ziel, das man anstrebt, den Patienten der Gesellschaft oder genauer gesagt seiner natürlichen Umgebung zu akkomodieren und ferner «non nocere».

Es steht meiner Ansicht nach fest, dass es gefährlich ist in der Vergangenheit des Patienten zu grübeln und zwar besonders in der Weise, wie es viele Freunde der Freudschen Lehre in der Tat tun. Gerne will ich gestehen, dass die Anwendung der analytischen oder kathartischen Methode in den Händen kundiger und hochstehender Männer keine Gefahren mit sich bringt, aber in andern Fällen wurde gerade das Gegenteil von dem Resultate, das man beabsichtigte, erzielt, wurden unerwünschte Gedanken und Gefühle hineinsuggeriert.

Anfänglich wurden zuweilen sehr günstige Resultate erzielt, allein, diese sind nur von kurzer Dauer und darauf erst kommen die Nachwehen, die einen bleibend ungünstigen Einfluss ausüben.

Namentlich bei poliklinischer Behandlung der Patienten halte ich diese Methode für höchst gefährlich — aber ausserdem verstösst sie gegen die Prinzipien der Pädagogie. Namentlich in vorgerücktem Alter, wenn man ein gewisses Geisteskapital zur Verfügung hat, lernt man, wie man einen grossen Teil davon der Frau verdankt, von der man in seiner Jugend erzogen wurde und der Frau mit und neben welcher man in späteren Jahren Lieb und Leid teilt. Gott sei Dank ist es nicht das Amt der hohen reinen Frau, der Mutter und der Gattin, psychoanalytisch zu verfahren.

Die von ihr befolgte Methode ist von ganz anderer Natur und gereicht zu bleibendem Gewinn.

Weygandt (Hamburg) schlägt nach kritischen Ausführungen vor, es möge die Sektion für den internationalen Irrenpflegekongress in Berlin 1910 beantragen, dass daselbst ein Referat über die Freudsche Theorie erstattet werde mit einem Anhänger als Referenten und einem Gegner als Korreferenten.

Ranschburg (Budapest) nahm bisher nicht das Wort, bis er nicht über die als notwendig erklärte Erfahrung auf diesem Gebiete verfügte. Nun nachdem er die Behandlung nach entsprechender literarischer Belehrung auch praktisch erprobte, muss er erklären, dass er damit nicht durchgedrungen ist. Sexuelle Spuren liessen sich wohl finden, wenn auch zumeist solche, wie sie bei vielleicht jedermann, in der Kindheit oder Jugendheit sich vorfinden. Wollte er aber durch weiteres Befassen mit diesen Spuren, was eine Hartnäckigkeit seitens des Arztes voraussetzt, hieraus durchaus zur Lösung des Krankheitsbildes vordringen, so erzielte er hiemit hochgradige Aufregung, gleichsam eine akute Hysterie inmitten der chronischen. Er gesteht, bei diesem Punkte nicht weitergegangen sein. Vielleicht war dies von Freudschem Standpunkte ein Fehler, mit der Überzeugung der Redner vertrug sich die weitere Erregung der Patienten nicht.

Wenn er nun auch nicht in Abrede stellen möchte, dass auch die Freudsche Analyse und Behandlung zur Besserung oder Heilung führen kann, so hält er diese Art der suggestiven Behandlung nicht für notwendig und nicht angebracht.

Redner muss sich auch gegen die Untersuchungen Freuds über die Psychopathologie des Alltagslebens, in welchen Verlesen, Versprechen und das Versagen der Reproduktion etc. mit sexuellen komplexen in Verbindung gebracht werden, verwahren. Wie Ranschburg es in seinen publizierten Untersuchungen über Hemmungen der Auffassung (Zeitschr. f. Psychol. 1902), des Behaltens und der Reproduktion (Journal f. Psychol. u. Neurol. 1905, Klinik f. psych. u. nerv. Krankheiten 1907—09) mitgeteilt hat, lassen sich alldiese Störungen bei jedermann wann immer experimentell erzeugen, ohne dass sexuell geartete verdrängte Vorstellungen hiemit zutun hätten.

Friedländer. Referent dankt den Diskussionsrednern für ihre einmütige Zustimmung. Was gutes an der Freudschen Lehre ist, hat er hervorgehoben und anerkannt. Nur die terapeutischen Auswüchse will er aufs schärfste bekämpft sehen im Interesse der Kranken und des Ansehens unseres Standes. Den Vorschlag Weygandts begrüsst Referent sehr. Aber er fürchtet, dass auch eine erneute Aussprache den gewünschten Erfolg nicht haben wird. Denn sonst hätte sich heute wenigstens ein Anhänger Freuds eingefunden. Referent skizziert einen Fall von traumatischer Hysterie (nach sexueller Attacke), den er in wenigen Tagen heilte ohne jede Psychoanalyse.

Die Sexualanalytiker hätten nach ihrer Methode vielleicht monatelang analysiert. Worauf es Referent ankam, das war wieder einmal nachdrücklich gegen die Popularisierung dieser gefährlichen «Heilmethode» zu protestieren.

Weygandt (Hamburg) reicht folgenden Antrag ein: «Die Frage der Psychoanalyse möge auf die Tagesordnung des Psychiater-Kongresses Berlin 1910 gestellt werden; als Referent sei ein Anhänger, als Koorefe-rent ein kritischer Gegner der Freudschen Theorie zu bestimmen.»

Einstimmig angenommen.

SÉANCE IV

Mardi le 31 Août, p. m.

Président: M. Greidenberg.

Communications:

Hegyi (Máramarossziget). *Dementia praecox.* Gelegentlich meines Vortrages, den ich auf dem IV. Kongresse der Irrenärzte im Jahre 1906 in Budapest hielt, habe ich, gestützt auf statistische Daten den Umstand skizziert, dass von 1150 Geisteskranken, welche auf der, unter der Leitung des Herrn Prof. Lechner stehenden Klinik zu Kolozsvár (Klausenburg) in der Zeit von 1902—1906 also innerhalb vier Jahren behandelt wurden, 105 Kranke an der, durch Kraepelin erkannten und in System gestellten Dementia præcox litten.

Dreiviertelteil dieser Kranken zeigte in fast gleichmässiger Verteilung das treffende Bild von Dementia præcox hebephrenika, Dementia præcox katatonika und Dementia præcox paranoides.

Dagegen liessen sich 15,4% der Gesamterkrankungen in keine der erwähnten Formen einfügen, weil der hebephrenische katatonische und paranoide Zug bei diesen entweder gänzlich fehlte, oder bloss eine derart geringe und untergeordnete Rolle im Verlaufe des Krankheitsprozesses spielte, dass diese Fälle in eine andere Klasse eingereiht werden mussten.

Diesen Fällen war neben den gemeinsamen Symptomen der Dementia præcox, nämlich dem Auftreten im jugendlichen Alter und der rasch eingetretenen Geistesschwäche, als dauerndes Symptom der stuporöse Charakter eigen und haben wir diese Gruppe auf Grund der gemachten Wahrnehmungen, mit Dementia præcox stuporosa bezeichnet.

Seither habe ich in der Máramarosszigeter Irrenanstalt 64 Fälle von Dementia præcox erkannt und behandelt, bei deren 30% völlige Untätigkeit, Teilnahmslosigkeit, Unmut, Hemmung der willkürlichen Bewegungen und des instinktiven Lebens, mit einem Worte der stuporöse Zustand hervortrat, so dass ich bei diesen keine andere Diagnose als die Dementia præcox stuporosa, feststellen konnte.

Obwohl in der Kraepelinschen Klassifizierung die Dementia præcox stuporosa nicht vorhanden ist, muss ich deren Existenzberechtigung auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen dennoch betonen und erachte ich zu den bisherigen drei Formen diese als Vierte anzuschliessen, für gerechtfertigt.

Meine Annahme stützt sich auf folgende Umstandsmomente:

1. Bei der Dementia præcox hebephrenika krankhafte Veränderung des Gemütszustandes und die daraus hervorgehenden impulsiven Reaktionen.

2. Bei der Dementia præcox katatonika das mit der Störung des Allgemeinbefindens zusammenhängende irreguläre Auftreten des Muskeltonus.

3. Bei der Dementia præcox paranoides geben Halluzinationen, falsche Impressionen und andere krankhafte Wahrnehmungen den Grund für die Reaktionen der paranoiden Form.

4. Bei der Dementia præcox stuporosa treten Stumpfsinn gegenüber den Sinnesreizungen, und der damit verbundene Reaktionsmangel in Vordergrund.

Epstein László (Nagyszeben): *Beiträge zur Rassenpsychiatrie.* Das Krankenmaterial der Staatsheilanstalt für Geisteskranke in Nagyszeben eignet sich vorzüglich zu vergleichenden rassen-psychiatrischen Studien, da es sich zu mehr, als als zwei Drittel aus drei ziemlich rein erhaltenen Rassen zusammensetzt. Es sind dies die in den siebenbürgischen Teilen Ungarns wohnhaften Székler (magyarische Rasse), Sachsen (germanische Rasse) und Rumänen (wahrscheinlich südslawische Rasse mit romanischem Einschlag). Diese drei Volksgruppen unterscheiden sich von einander ebenso in ihrer äussern Erscheinung, wie in ihren geistigen Anlagen, Charaktereigenschaften, Sitten, Gebräuchen und ihrem Kulturgrade. Es drängte sich daher von selbst die Frage auf, ob diese verschiedenen Rasseneigentümlichkeiten sich nicht irgendwie auch in der Häufigkeit, der Art, dem Verlauf und andern Beziehungen der geistigen Erkrankungen geltend machen. Vortr. machte nun diese

Frage zum Gegenstande von Untersuchungen, deren vorläufiges Ergebnis sich folgendermassen darstellt.

Das grösste Kontingent zu dem Krankenmaterial liefern die Rumänen (35,42% der Gesamtkranken und 51,37% der Untersuchten), welchen die Székler (16,88%, resp. 24,47%) und die Sachsen (16,67%, resp. 24,16%) folgen. Auf den Bevölkerungsquotienten bezogen stehen aber die Sachsen weit voran, während die Székler in zweiter und die Rumänen in dritter Reihe kommen. Alter und Stand weisen nichts besonderes auf. Der Beschäftigung nach rekrutieren sich die Rumänen hauptsächlich aus der Klasse der Ackerbauer und Taglöhner; bei den Széklern finden wir nebst diesen auch Gewerbetreibende in grösserer Zahl und unter den Sachsen sind auch die intellektuellen Berufe und der Handelsstand stärker vertreten. Psychiatrisch bemerkenswerte Einzelheiten sind den Erblichkeitsverhältnissen zu entnehmen. Berücksichtigt man, wie spärlich im allgemeinen die hierauf bezüglichen Angaben zu fliessen pflegen, so fällt die durch Geistes- und Nervenkrankheiten der Aszendenz bedingte starke und oft konvergierende erbliche Belastung der Sachsen auf. Allerdings ist der Perzentsatz an erblicher Belastung bei den Rumänen derselbe und bei den Széklern nur um ein Drittel geringer, aber mit dem sehr wesentlichen Unterschiede, dass diese Belastung bei den Rumänen überwiegend, bei den Széklern oft durch Alkoholismus der Eltern bestimmt ist; wie auch Trunksucht der Patienten selbst unter den ätiologischen Momenten bei den Rumänen in 17,6%, bei den Széklern in 16% und bei den Sachsen nur in 11% aufgeführt ist. Diese ätiologische Sachlage findet in den Krankheitsformen ihren Widerschein. Die Dementia præcox-Gruppe (samt den Endzuständen) ist bei den Sachsen mit 53%, bei den Rumänen mit 41%, bei den Széklern mit 35% vertreten; Paranoia fand sich in 7,5%, resp. 1,7% und 3,75%. Hingegen gab es Paralyse bei den Széklern 17,5%, bei den Rumänen 11,1%, bei den Sachsen 7,5% und in derselben Reihenfolge Epilepsie: 8,7%, 8,2% und 6%; Idiotie: 5%, 9% und 3,75%. Die endogenen Psychosen ergeben bei den Sachsen 86,25%, bei den Széklern 68,75%, bei den Rumänen 68,23%. Mit den ätiologischen Verhältnissen und sonstigen Rasseneigentümlichkeiten mag auch die Verschiedenheit der kriminellen Veranlagung zusammenhängen; die Kriminalität nämlich betrug im Untersuchungsmaterial bei den Sachsen 0%, bei den Széklern 5%, bei den Rumänen 10%. Weitere Untersuchungen sind im Gange.

SÉANCE V

Mercredi le 1er Septembre, p. m.

Présidents: Snell, Hebold.

Rapport:

Weygandt (Hamburg): *Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkte.* Das Ideal der Klassifizierung im Bereiche psychischer Anomalien, die psychologische Differenzierung mit ent-

sprechender Verwertung der etwaigen somatischen Eigentümlichkeiten und Verlaufseigenart, sowie unter späterer Bestätigung durch einen entsprechenden Obduktionsbefund ist in der Psychiatrie nur an wenigen Stellen verkörpert. Doch auch im Bereiche des am wenigsten beachteten Zweiges der Psychiatrie, der Erforschung des jugendlichen Schwachsinns, rückt ihm die Wissenschaft insoferne unausgesetzt näher, als es immer mehr gelingt, aus der Fülle mannichfacher Erscheinungen eine Reihe von Gruppen abzugliedern, die in sich geschlossene klinische Einheiten, vielfach von bestimmer psychische Eigenart, von Verlaufverwandtschaft und auch somatischen Eigentümlichkeiten, sowie besonderem Obduktionsbefund, darstellen. Folgende Gruppen lassen sich heute schon mehr oder weniger abgrenzen: Amaurotische familiäre Idiotie. Thyreogener Schwachsinn. Mongoloider Schwachsinn. Enzephalitischer Schwachsinn, in seinen mannichfachen schweren Formen (Porenzephalie, atrophische Sklerose etc.) Hydrozephalischer Schwachsinn. Meningitischer Schwachsinn. Tuberöse Sklerose. Epileptogener Schwachsinn. Dementia infantilis. Dementia präcox. Ferner die Gruppe der embryonalen Hirnentwicklungshemmungen. Immerhin bleibt eine Fülle klinisch noch nicht speziell zu differenzierender Fälle übrig, die vor allem bei Störungen leichteren Grades sich intra vitam nicht näher klassifizieren lassen. Beachtenswert sind hysterische, neurasthenische und manischdepressive Konstitutionen. Bei der praktischen Beurteilung, insonderheit der gerichtlichen Betrachtungen und der administrativen Versorgung, kommt es an 1. auf die Eigenart, insoferne einige Gruppen mehr, andere wieder weniger antisozial und beeinflussbar sind; 2. vor allem auf den Grad der Störung. Während z. B. Epilepsie an sich ein kriminell höchst bedeutsames Leiden ist, sind grade die schweren Fälle lediglich asozial. Im Ganzen sind die schweren Fälle weniger wichtig für uns, während die leichteren, nicht speziell zu charakterisierenden Fälle praktisch viel bedeutsamer sind; vor allem auch die psycho-neurotischen Fälle. Um so eher dürfen wir einen Fall als praktisch erheblich gestört annehmen und die rechtlichen Konsequenzen hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit und Anstaltsbedürftigkeit daraus ziehen, je deutlicher er durch klinische, besonders auch somatische Eigentümlichkeiten in eine bestimmte Gruppe gerechnet werden kann. Dringend ist neben der Intelligenzstörung, deren Erforschung ja den leichteren Teil unserer Aufgabe bietet, auch das sonstige psychische Verhalten, vor allem im Bereiche der Gefühls- und Willenssphäre, zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Beurteilung des Schwachsinngrades ist zu beachten das intellektuelle Niveau des Milieus. Ferner ist auch stets das Intelligenzniveau der psychiatrisch nicht verdächtigen Rechtsbrecher in Betracht zu ziehen. Zur Beantwortung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit ist am praktischsten immer noch der Versuch einer Parallelisierung des Falles mit einer bestimmte Stufe des normalen Kindesalters, selbstverständlich unter Berücksichtigung etwaiger Anomalien ausserhalb der intellektuellen Sphäre. Die Frage der zweckmässigsten Versorgung eines kriminellen Schwachsinnigen ist nur zu lösen unter Heranziehung des Gesichtspunktes der Therapie und der sozialen Versorgung.

Sommer (Giessen): *Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkte.* Referent hat die Darstellung der weiteren Beziehungen übernommen, die zwischen den klinisch beobachteten Idiotiefällen und 1. den Insassen der Hilfsschulen, 2. den Zwangserziehungszöglingen, sowie 3. dem jugendlichen Verbrechertum vorhanden sind. Aus seinen Untersuchungen geht u. a. folgendes hervor: Die drei Gebiete der in den Anstalten behandelten Idiotiefälle, der Hilfsschulinsassen und der Zwangserziehungszöglinge greifen medizinisch und psychologisch vielfach ineinander über. II. Es ist daher ein einheitliches Schema als Grundlage der Untersuchung aller dieser Fälle zu fordern. Die Sonderbedürfnisse für die einzelnen Gruppen lassen sich durch Ergänzungs-Blätter leicht berücksichtigen. III. Es lassen sich bei den angeboren Schwachsinnigen in den Idiotenanstalten, in den Hilfsschulen, ferner auch bei Zwangserziehungszöglingen über den Inhalt eines Untersuchungsschemas hinaus eine ganze Reihe von psychologischen und psychophysischen Untersuchungsmethoden mit Erfolg anwenden, um einen genaueren Einblick in die feinere Struktur des geistigen Zustandes zu gewinnen. IV. Diese bessere Differenzierung ist sowohl mezidinisch, als psychologisch und auch pädagogisch von Bedeutung und führt zu einem besseren Zusammenarbeiten der medizinischen und pädagogischen Tätigkeit im Allgemeinen und in Hinblick auf die besonderen Anforderungen des einzelnen Falles. V. Bei der Untersuchung des jugendlichen Verbrechertums, abgesehen von der Gruppe der deutlich Imbezillen, die einen Teil der Zwangserziehungszöglinge ausmachen, versagen die gebräuchlichen Methoden der Untersuchung vielfach, während andererseits auch bei scheinbar geistiger, speziell intellektueller Normalität, im Befund u. a. besonders hysterische und epileptoide Züge, ferner angeborene moralische Defekte hervortreten. VI. Das Vorhandensein der zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Handlung erforderlichen Einsicht ist ein schlechtes Kriterium bei dem jugendlichen Verbrecher. VII. Bei geistig scheinbar normalen Fällen von jugendlichem Verbrechertum führt öfter die Untersuchung einerseits des Milieus, anderseits des angeborenen Charakters im Zusammenhang mit dem Studium der Familienlage zur Erkenntnis der äusseren oder inneren Quelle der Kriminalität. VIII. Es ist sehr wahrscheinlich, dass auf dem Wege der Analyse, der exogenen und endogenen Momente auch das jugendliche Verbrechertum immer mehr als eine krankhafte Erscheinung bei dem einzelnen Menschen und im sozialen Organismus sich herausstellen wird.

Fischer (Budapest): *Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkte.* Referent wählte zum Gegenstande seines Referates jene Gruppe der Imbezillität, welche unter dem Namen «moral insanity» geschildert wird. Er wiedergibt verschiedene Ansichten, befasst sich etwas ausführlicher mit der Bleulerschen Anschauung; bespricht ausführlich die beständigen Symptome der moralischen Imbezillität, hebt folgende hervor: absolute Uneinsichtlichkeit und Unbeeinflussbarkeit starker verbrecherischer Triebe, welche wir bis in die Kindheit verfolgen können, Unstätheit und Ruhelosigkeit, welche das ganze Leben hindurch dauert, Mangel an Tätigkeitstrieb und Ge-

selligkeitstrieb, Selbstüberschätzung, erhöhte überentwickelte, üppig wuchernde Phantasietätigkeit, Eitelkeit, Egoismus, Zynismus, absoluten Mangel der ethischen Begriffe und Empfindungen, jedes Rechts- und Sittlichkeitsbewusstseins und eine grosse Anzahl der körperlichen Degenerationszeichen, auch erbliche Belastung spielt eine gewisse Rolle. Auf Grund langjähriger Beobachtung gelangte F. zu der Überzeugung, dass bei dieser Kategorie zum Vorschein kommende ethische Defekte und die daraus entspringenden verbrecherischen Handlungen die Folge einer ab ovo invaliden Gehirntätigkeit sind. In allen Fällen, die er vom 10—20. Lebensjahre angefangen bis zum reifen Mannesalter Gelegenheit hatte zu beobachten, fand er, dass die ethischen Ausfallerscheinungen, wodurch die betreffenden Personen zu unnützen Mitgliedern der Gesellschaft wurden, keine progressive Tendenz aufweisen. Vortr. beschäftigt sich weiter mit jenen Krankheitsformen, welche ähnliche Symptome zeigen und dadurch mit der moralischen Imbezillität verwechselt werden könnten; hebt die differential-diagnostischen Momente hervor; bespricht die Prognose und weist darauf hin, was mit den mit dieser Krankheit Behafteten geschehen soll. Auch die forensische Beurteilung wird mit paar Worten berücksichtigt. Stimmt mit Songard überein, dass diese Krankheitsform ganz besondere, immer gleichartige und entschiedene charakteristische Züge in sich vereinigt, welche schon von der frühesten Jugend bestehen und nichts Progressives in ihrem Verlaufe zeigen. Schon anbetracht dieser Eigenschaften kann diese Krankheit als eine spezielle oder selbständige gelten.

Roubinovitch (Paris): *Essai de Psychiatrie pédagogique des enfants «difficiles».* Le but dominant de ce rapport est de condenser les notions qui se rattachent : 1° à la symptomatologie clinique et pédagogique des enfants dits «difficiles» ; 2° à leur nosologie psychiatrique ; 3° à l'étude étiologique de leurs anomalies ; 4° au diagnostic et au pronostic de diverses variétés morbides observées chez les sujets de cet ordre ; 5° au traitement prophylactique et curatif, hygiénique, médical, psychique et pédagogique, applicable à ces enfants. L'auteur établit, à titre d'essai, cinq types clinico-pédagogiques d'enfants «difficiles» : 1° hyposthéniques mentaux non arriérés ; 2° hyposthéniques mentaux arriérés ; 3° hypersthéniques mentaux avec intelligence normale ; 4° hypersthéniques mentaux avec intelligence lacunaire ; 5° de plus, le rapporteur constate que les signes de dépression ou d'excitation intellectuelle peuvent s'observer alternativement chez les mêmes sujets, constituant ainsi un type mixte. Pour chaque type, l'auteur donne une description fondée sur l'analyse d'un nombre important d'observations provenant soit de sa polyclinique externe de l'hospice de Bicêtre, soit du matériel d'observation de l'asile du sauvetage de l'Enfance, soit de diverses écoles primaires, élémentaires ou supérieures de la Ville de Paris. Il insiste sur les relations existant entre les accidents psychiques observés chez les enfants difficiles et les névropathies ou les psychopathies infantiles diverses : neurasthénie, épilepsie, hystérie, débilités mentales, démence précoce, méningo-encéphalite, etc. Dans le chapitre étiologique, il examine les diverses causes prédisposantes et occasionnelles ; âge, sexe, hérédité, genre d'éducation, cons-

titution, infirmités, habitudes hygiéniques et morales, mode d'instruction, etc. qui influent sur l'altération du psychisme infantile. Le diagnostic porte sur l'étude du degré de la forme psychopatique ou névropathique, de la nature de cette altération, du substratum somatique, de la défectuosité mentale. Les dernières pages du rapport sont consacrées aux divers problèmes que soulève la thérapeutique des «enfants difficiles» : organisation d'établissements spéciaux, méthodes médico-pédagogiques, traitement moral, traitement somatique.

Communication :

Ley (Uccle-Bruxelles) : *Le rôle du psychologue dans l'éducation prophylactique des normaux et des irréguliers.* L'école moderne tend de plus en plus, en principe au moins, à individualiser l'éducation. C'est dans ce but que le médecin doit faire l'examen complet de l'enfant, surveiller sa santé physique et l'intégrité de ses organes sensoriels. Il cherchera, d'accord avec l'éducateur, à établir les caractéristiques mentales permettant de diriger scientifiquement son développement harmonique et à déterminer ses aptitudes en vue d'un rendement social maximum.

L'action du psychologue dans les écoles pour normaux est également indispensable si l'on veut arriver à établir scientifiquement et exactement la formule normale des diverses manifestations intellectuelles.

Chez les enfants anormaux ou irréguliers (Decroly), une des premières préoccupations du médecin doit être d'arriver à une classification permettant de faire un diagnostic, un pronostic, et d'arriver à une répartition rationnelle et homogène des enfants.

Cette classification est difficile et la confusion des termes y est grande. Les expressions idiot, imbécile, débile, ont un sens souvent peu précis. Il existe toutefois une tendance à les préciser sur des bases psychogénétiques (Binet et Simon). Les classifications de Kraepelin, Weygandt, Ziehen, De Sanctis sont basées sur des descriptions générales à interprétation assez élastique. Decroly (Congrès de psychologie de Genève, 1909) propose l'emploi des termes insuffisance grave, moyenne et légère, et base leur distinction sur certaines réactions organiques et sociales (langage, manifestations affectives).

C'est par une étude approfondie des cas, par une analyse des fonctions mentales au moyen des méthodes psychophysiologiques (communications de Sommer, Ranschburg à ce Congrès) qu'on arrivera à faire la lumière sur ces divers groupements.

Les médecins doivent s'habituer à la collaboration avec le pédagogue, au moyen des méthodes scientifiques. A ce point de vue les universités devraient organiser des cours de psychologie pédagogique et les écoles normales pour éducateurs des cours de physiologie mentale. La direction de tous les établissements médico-pédagogiques, écoles et asiles, doit être médicale et scientifique.

Les sujets qui ont été en conflit avec la justice, les imbéciles moraux et irréguliers affectifs (Decroly) doivent être examinés par les méthodes médico-physiologiques. Il faut leur appliquer une thérapeutique garantissant aussi la préservation sociale (indeterminate sentence).

Les études entreprises en commun par le pédagogue, le juriste et le médecin ont une importance pratique et sociale très grande : c'est dans la connaissance exacte des types d'anomalie infantile et dans l'application judicieuse des mesures préventives et thérapeutiques que gît toute la question de la prophylaxie des maladies mentales et de la criminalité.

Discussion :

van Deventer : Die wichtigen Abhandlungen von Sommer, Weygandt, Fischer, Roubinowitsch und Friedländer zeigen, dass im Gegensatz zu der vor nicht langer Zeit gangbaren Auffassung die Überzeugung immer mehr Boden gewinnt, dass Fälle von insania moralis ohne nennenswerte intellektuelle Störung keine Seltenheit sind. Neben den an moralischer Idiotie Leidenden, die zu den Verbrechernaturen gehören und andauernd mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten, kommen andere vor, die oft ihr ganzes Leben hindurch verkannt werden, weil sie durch keine besonderen Symptome auffallen. Praktisch kann man diese Formen in aktive und passive einteilen. Bei ersteren sind die niedrigen Gefühle stark entwickelt und führen diese wegen des Mangels an höheren Gefühlen, an moralischem Hemmungsgefühl zu asozialen oder verbrecherischen Handlungen. Bei den passiven Formen hingegen sind sowohl die höheren, wie die niedrigen Gefühle wenig entwickelt. Durch ihre indifferente Haltung bei allem was ihnen widerfährt fallen diese Personen oft nur ihrer nächsten Umgebung auf. Sie werden oft als Gattinnen von ihren Männern hoch geschätzt, es sind gleichmässige Naturen, die ihre Pflichten erfüllen und obgleich mit nicht scharf gezeichneten Gesichtszügen, oft nicht hässlich sind.

Während meiner Tätigkeit als ärztlicher Direktor in einem öffentlichen Krankenhause, das «Buiten- oder Wilhelminagasthuis», zu Amsterdam mit sehr flottierender Bevölkerung, mit einer psychiatrischen Abteilung, einer Abteilung für ansteckende Krankheiten und Poliklinik, habe ich diese passive Form moralischen Schwachsinns wiederholt angetroffen. Solche Fälle lehren, wie schwierig es ist auf psychiatrischem Gebiete die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit zu ziehen.

Friedländer : Ich habe eingehende Untersuchungen bei Schwachsinnigen vorgenommen, einen Fall von sog. Moral insanity kenne ich nicht, auch die in der Literatur beschriebenen scheinen diese meine Ansicht, die von vielen Autoren geteilt wird, nicht umzustossen. Ich brauche meine Anschauung nicht auszuführen, weil ich sie beim III. internat. Kongress für Irrenpflege in Wien zu begründen versuchte. Eine Scheidung von «Moral» und «Intelligenz» führt zu einem wissenschaftlichen Dualismus und weiterhin zu bedenklichen forensischen Konsequenzen. Ein Individuum, das nur unmoralisch oder amoralisch ist — nicht auf Grundlage einer krankhaften Veranlagung, ist eben nicht krank, und darf vom Psychiater nicht als krank bezeichnet werden. Ist aber, wie Herr Fischer sehr richtig ausführte, bei den Schwachsinnigen eine von Haus aus mangelhaft fundierte Gehirnanlage der Grund der «moralischen Idiotie», so wird diese pathologische Gehirn-

anlage vor der «Intelligenz» nicht Halt gemacht haben. Was hindert uns, unseren Trieben, unseren Leidenschaften nachzugeben — die Intelligenz. Unterliegt ein Mensch aus krankhafter Ursache seinen Trieben usw. — so ist eben seine Intelligenz auch nicht intakt.

Anton (Halle): Komplet kann die Lehre von den krankhaften Entwicklungsstörungen hier nicht diskutiert werden. Ich möchte hier plaidieren und sprechen für Beibehaltung der infantilen Formen als klinisch und auch ätiologisch gesonderten Form, die uns auch in der Pathogenese in letzten Jahren verständlicher geworden ist.

Bezüglich der Prüfung habe ich auf die fundamentale menschliche Befähigung zu verweisen: das Vermögen sich den Gemüts- und Geisteszustand der anderen vorzustellen, das Vermögen in richtigen Konnex zu gelangen, die Einfühlung. Diese ist häufig gestört ohne gleichwertige Fehler der Intelligenz. Es darf erwähnt werden, dass Herr Bianchi seine Affen mit Stirnhirnläsion jetzt so prüft, dass er sie im Verkehre mit den anderen Affen prüft.

Was die Psychosen mit moralischer Abartung betrifft, so habe ich hinzuzufügen, dass eine Form zu wenig discutiert scheint d. i. die kriminelle Bedeutung der Katatonie besonders der formes frustes dieses Krankheitstypus. Die negativistische Willensrichtung ist häufig Fundamentalerscheinung der Kriminalität. Dann aber die Kehrseite, die abnorme Suggestibilität. Die zeitweise impulsiven Explosionen als auch das zwangsartige, stereotype Repetieren einzelner Handlungen. Endlich aber die zirkumskripten oder Allgemeinhemmungen des Gedankenganges und der Überlegung, welchen gegenüber die Impulse nicht gleichen Schritt halten.

Lechner (Kolozsvár): Experimente und Untersuchungen sowohl psychophysischen wie somatophysiologischer Natur haben mich zur Überzeugung gebracht, dass alle Arten und Grade der Idiotie, Imbezilität und Debilität stets angeboren, oder doch mindestens in den ersten Lebensjahren erworben sind. Bei allen Formen zeigen sich die vier Reflextypen, von denen ich hier gesprochen habe, wieder. Der eine oder der andere Typus bleibt vorherrschend. Zum Typus der Sinnesempfindungen gehören die Tauben, Blinden, usw. alle die ein defektes Sinnesempfinden aufweisen. Sie sind gewiss seit ihrer Geburt defekt. Zum zweiten Typus gehören diejenigen, deren Allgemeingefühle sich mangelhaft zeigen, deren Körperorgane ungenügend reagieren. Sie sind ebenfalls stets angeborene Mängel und dokumentieren sich in einem trägen, hypersthenischen Verhalten, mit schlecht entwickelten Trieben und Instinkten. Der dritte Typus umfasst die Reflexvorgänge der Wahrnehmung und bringt bei mangelhafter Tätigkeit hauptsächlich intellecktuelle, begriffliche, usw. Defekte mit sich. Im vierten Typus treten diejenigen auf, die mit einer ungenügenden Entwicklung der Gemütsstimmungen, der ethischen, moralischen, Wahrheits- usw. Gefühle einhergehen. Hierher gehören gewiss alle diejenigen, die man als moralische Debilität bezeichnet. Auch der dritte und vierte Typus lässt stets Mängel der körperlichen Arbeitsleistungen, der vasomotorischen Funktionen, der Aufmerksamkeitsreflexe, usw. nachweisen, die die angeborene Grundlage bilden zu jenen Vorgängen,

Grund derer sich die Wahrnehmungen und die Gemütsstimmungen mangelhaft entwickeln. Gewiss haben diese Unterschiede auf die Behandlung und Erziehung solcher Kranken einen grossen Einfluss.

Ranschburg (Budapest) betont die Wichtigkeit des Zusammengehens der anatomischen, der somatisch-pathologischen, und der psychologischen Forschung, wie sich dieselbe ideell in den heutigen Referaten Weygandts, Sommers und der übrigen Teilnehmenden verwirklichte. Es ist lediglich eine chronologische Frage, wie dies Sommer erwähnte, dass die psychologischen, auch früheren vortrefflichen Vorarbeiten von Ley, Decroly, etc. zu einer wirklich genauen Kenntnis der klinischen Formen des Schwachsinns führen, und mittels Vergleich mit den anatomischen und somatischen Befunden eine wirkliche Pathologie und wissenschaftliche Einteilung des Schwachsinnes ergeben.

Roubinowitch gegenüber gibt er die Notwendigkeit der Aufstellung der Klasse der Enfants difficiles zu, glaubt aber betonen zu müssen, dass diese praktisch sehr wichtige Gruppe keine psychiatrische, sondern eine pädagogische Untergruppe sei, ähnlich wie die arriérés pædagogiques.

Zu den Ausführungen von Sommer und Ley bezüglich der Zusammenarbeit mit den Pädagogen erwähnt er die ungarische Gesellschaft für Kinderforschung, innerhalb deren eine Sektion für experimentelle Kinderforschung unter Leitung Redners geschaffen wurde, welcher unter Leitung und Kontrolle ihres Präsidenten zur Untersuchung der normalen Kinder, gleichzeitig mit den parallel vom Redner selbst und seinen Assistenten durchgeführten Untersuchungen des abnormen Kindes seit ung. 5—6 Jahren mit Erfolg verwendet wird. Es muss bemerkt werden, dass Redner die Sektion in einem von der Haupt- und Residenzstadt Budapest veranstalteten Kurse in die Psychologie und einfache Untersuchungsmethoden des normalen und abnormen Kindes eingeführt hatte.

Salgó (Budapest).

Hebold (Wuhlgarten): Ich möchte selbst noch etwas zur Diskussion sagen und zwar zur path. Anat., die Herr Weygandt besprochen hat. Wenn unsere Fälle zur Untersuchung kommen, sind die Prozesse meist lange abgelaufen. Mir ist nur aufgefallen, dass Rückstände von Entzündung nur selten zur Nachweisung kommen, zweitens dass grade gewisse Stellen des Gehirns von dem Prozesse bevorzugt werden. Was ist da das Einigende? Scheide ich gewisse Fälle aus, so kann man 1. völliges Zurückbleiben einer Gehirnhälfte, 2. zirkumskripte sog. Sklerosen, 3. Porenzephalien finden. Diese Prozesse setzen alle recht früh ein, wie man beim Nachforschen erfährt. Ferner fielen mir die hochgradigen Veränderungen am Gefässsystem, besonders am Herzen auf. Ich erkläre mir die Sache nur so, dass das Ergriffensein immer gleicher Regionen des Gehirns darauf zurückzuführen ist, dass es sich um bestimmte Gefässbezirke handelt. Ist ein Hauptgefäss ganz verlegt, so ist die Zirkulation aufgehoben und es entstehen Porenzephalien; wird die Ernährung nur zeitweilig und weniger gestört, so gibt es ein Stehenbleiben in der Entwickelung — Hypoplasien ganzer Hemisphären oder Kappen oder

Windungen, je nach dem Umfang des Bezirkes. Ein Beispiel dafür ist die Sklerose des Ammonshorns, die eigentlich eine Hypoplasie ist.

WEYGANDT (Hamburg): Infantilismus lässt sich ätiologisch weiter differenzieren, hinsichtlich der Tuberkulose, Malaria oder anderer Grundlagen.

Bedeutsam ist die Feststellung Sommers, dass sich durch das psychologische Experiment den Pädagogen bestimmte prognostische Fingerzeige über die ihnen anvertrauten Kindern ermitteln lassen. Die Psychologie lehrt auch, dass manche schädlichen Suggestionen pädagogisch zu vermeiden sind, so hinsichtlich der Teufelsfurcht und dgl. (Schulträume!)

Man muss nicht bloss fragen, wie ist dieser oder jener kriminelle Schwachsinnige zu begutachten, sondern auch, wie wäre jeder Schwachsinnige zu begutachten, wenn er dies oder jenes begangen hätte; ferner ist auch viel mehr der Geisteszustand bestrafter Rechtsbrecher zu prüfen. Bei der Aufstellung eines psychischen Normalstatus ist auf die Milieugruppen dringend Rücksicht zu nehmen, wir brauchen einen Kanon für Soldaten, für Dienstboten, für Landleute, für Handeltreibende, für die Jeunesse dorée usw.

SOMMER (Giessen): Der Schwerpunkt der Diskussion liegt, abgesehen von den auf bestimmte Krankheitsformen gerichteten Ausführungen in dem von Anton, Friedländer und Salgó berührten Thema der moralischen Abnormitäten. Der Ausdruck «moral insanity» enthält ein dogmatisches Moment, so dass leicht auf Grund verschiedener Anschauungen Streitigkeiten entstehen. Die Unklarheit in den praktischen Fragen der Behandlung von jugendlichen Verbrechern, Zwangserziehungszöglingen usw. beruht wesentlich auf dem bisherigen Mangel an Unterscheidung in Bezug auf den moralischen und ethischen Komponenten des physischen Lebens in Zusammenhang mit den intellektuellen Fähigkeiten. Auch hier können wir nur auf dem Wege der Methodik und Analyse vorwärts kommen. Unsere Anschauungen darüber sind im Allgemeinen noch viel zu aprioristisch und schematisch. Es lassen sich jedoch schon jetzt eine Reihe von verschiedenen Arten, nämlich eigentliche Defekte an moralischen Gefühlen, Ausschaltung von moralischen Momenten durch suggerierte Komplexe, Steigerung der motorischen Erreglichkeit, zwangsartige Handlungen bei bestehenden ethischen Gefühlen und manche andere unterscheiden. Nur wenn wir, ähnlich wie im Gebiet des Gedächtnisses, der Auffassung, der Verstandesbegriffe etc., analytisch vorgehen und die moralischen Phänomene vergleichend studieren, werden wir vorwärts kommen. Das strafgesetzliche Kriterium (§ 56 des deutschen R. Str. G. B.) nämlich die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht ist jedenfalls völlig unzureichend, um diese Zustände zu differenzieren.

Die richtige Behandlung der angeboren moralisch Abnormen kann nur aus einer genauen methodischen Analyse der moralischen Phänomene und Störungen entspringen.

FISCHER (Budapest): Prof. Sommer hat recht, dass wir durch analytische Untersuchung des Gemütes nur weiter kommen können, ebenso wie bei den intellektuellen Fähigkeiten. Ich habe das Glück,

seit einigen Monaten ein kleines Material zu besitzen, wo ich diese Forschungen machen will, und dann meine Erfahrungen mitteilen werde.

ROUBINOVITCH (Paris) présente la proposition suivante: «La section de Psychiatrie du XVIe Congrès international de Médecine de Budapest, sur la proposition de son rapporteur, M. Jacques Roubinovitch, sur la psychiatrie pédagogique des «enfants difficiles», émet le voeu suivant: «Que dans tous les pays civilisés les enfants «difficiles» soient comme en Hongrie obligatoirement soumis à un examen médical, psychiatrique et pédagogique, et traités, au besoin, d'une façon aussi précoce que possible, dans des établissements médico-pédagogiques appropriés dépourvus de tout caractère pénitentiaire».

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

SÉANCE VI

Mercredi le 1er Septembre 1909, p. m.

Présidents: MAILLARD, TAMBURINI.

RANSCHBURG (Budapest): *Über die Möglichkeit der Feststellung des geistigen Kanons des Normalmenschen.* Zur Feststellung dessen, was abnorm ist, müssten wir eigentlich ein genaues Bild des Normalmenschen haben. Wir wissen heute schon ziemlich sicher, dass es keinen Normaltypus, sondern Normaltypen gibt. Auch über die qualitative und quantitative Leistungsfähigkeit der verschiedenen intellektuellen Geistestätigkeiten sind wir, besonders was das Kindes- und jugendliche Alter betrifft, in der Feststellung des Durchschnittes bedeutend vorgeschritten. Referent stellt die Liste derjenigen Arbeiten auf, die sich mit Lösung dieser Aufgabe befasst haben, weist aber auf die Notwendigkeit hin, die Ergebnisse derselben vom Standpunkte der aufgeworfenen Frage einheitlich zu ordnen. Hiefür, sowie für die Vorbereitung und Durchführung der Kanons auf dem Gebiete der Triebs- und Gefühlswelt, deren Kenntnis eine bisher viel geringere ist, wünscht Referent die Entsendung einer Kommission, die ihre Resultate einem nächsten Kongresse vorzuführen hätte.

Referent bestimmt die Bedingungen, die bei den Feststellungen von Kanons einer jeden Art einzuhalten wären, und teilt sodann die Resultate eigener Untersuchungen bezüglich der unteren Grenzen der Normalität und ihrer Abgrenzbarkeit von den leichtesten Fällen der Abnormalität mit. Absolute Begabungslosigkeit, sowie hochgradige Beschränktheit z. B. können sich wohl nach ihrer quantitativen Seite mit den leichtesten Fällen intellektueller pathologischer Schwachbefähigung berühren. Doch lassen sich gewisse untere Grenzen ziehen, jenseits welcher wir den Normalen, wenn auch schwächster Sorte, nie verirrt finden, wogegen es sich bei einfachen Geistestätigkeiten viel häufiger findet, dass ein, wenn auch geringes Prozent der pathologisch Schwachen diesseits der Linie, zwischen die untersten Werte der Normalen herübersteigt. Durch Untersuchung der untersten, leistungs-

fähigsten oder z. B. in ihrer Trieb- und Gefühlswelt anscheinend undifferenziertesten oder unempfindlichsten Schichten werden sich die untersten Grenzen, resp. Zonen der Normalität des Geisteslebens feststellen lassen.

Discussion :

Van Deventer (Amsterdam): Ranschburgs sehr lesenswerte Abhandlung zeigt aufs deutlichste das wünschenswerte einer internationalen Einigung betreffs der Arbeitspläne und der Arbeitsmethoden behufs der weiteren und möglichst plangemässen und einheitlichen Ausarbeitung des Kanons. So muss man z. B. das Schulkind in seiner körperlichen und geistigen Entwickelung möglichst eingehend kennen lernen, um auf diesem Wege im Stande zu sein, die psychische Prophylaxis immer mehr zur Geltung kommen zu lassen. Auch muss man die Art und Weise kennen lernen, wie sich das Individuum der Gemeinschaft anpassen soll.

Dabei wird man freilich der Gefühlswelt grossen Wert beilegen müssen, dem Stiefkinde der Psychiatrie, dessen Kanon gänzlich fehlt. Die Gefühlssphäre ist unwidersprechlich von weitaus grösserem Einfluss auf das Sein und Werden des Menschen, als die Vorstellungssphäre. Beim Entwurf eines internationalen Arbeitsschemas wird man sich vor der Hand gewiss auf die Hauptlinien beschränken müssen und der Erfahrung überlassen, welchen Weg man weiter einzuschlagen hat; gegenseitige Vergleichung der erzielten Resultate ist der beste und zuverlässigste Führer. Da alle menschliche Arbeit subjektiv und unvollkommen ist und auch der Persönlichkeit des Experimentators bei psychischen Untersuchungen Rechnung getragen werden muss, ist es ratsam, dass die festzusetzende Methode möglichst wenig kompliziert sei.

Sommer (Giessen) erklärt seine volle Zustimmung zu den Untersuchungen Ranschburgs und weist auf die in dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchung prinzipiell durchgeführten Untersuchungen von Normalen, Nervösen und Geisteskranken mit den gleichen Reihen von Reizen hin. Sommer schlägt vor, den Namen Kanon möglichst zu vermeiden, da er den Anschein erwecken kann, als ob bei Normalen immer bestimmte Zahlenwerte für einzelne Funktionen zu erhalten wären, während innerhalb des Normalen ein beträchtlicher Spielraum zwischen Gebildeten und Ungebildeten, Erwachsenen und Kindern vorhanden ist.

In der gemeinsamen Bearbeitung hält Sommer wie Ranschburg es für zweckmässig, sich dem Institut für angewandte Psychologie in Berlin anzuschliessen, welches über die für die Rundschreiben etc. nötigen Mittel verfügt und erklärt sich bereit, die Vermittlung zu übernehmen.

Ranschburg (Budapest) dankt Herrn Deventer für seine in ihrer Essenz mit denen R.s konformen Bemerkungen und ebenso Herrn Prof. Sommer für die Unterstützung des Antrages. Auf die Bemerkung Sommers betreffend den Ausdruck «Kanon» hat R. zu erwidern, dass er den Ausdruck «Kanon» von Möbius übernommen hat, keine Ursache

hat an demselben, wenn er vieldeutig ist, festzuhalten und jeden bessern Ausdruck (vielleicht «Normalwerte»?) mit Dank anzunehmen bereit ist.

Sommer (Giessen) présente la proposition suivante: «La Section XII du XVIe Congrès international de Médecine prie le Comité exécutif de bien vouloir s'adresser à l'Institut de Psychologie appliquée (à Berlin) avec la demande d'étudier les mesures normales (canons) des fonctions psychiques normales en relation avec les phénomènes psychologiques.

«La Section propose comme membres de ce Comité:

Allemagne: MM. Anton, Bresler, Friedländer, Sommer, Weygandt. *Angleterre:* M. Spearmann. *Autriche:* M. Wagner v. Jauregg. *Belgique:* MM. Ley, Decroly. *France:* MM. Binet, Maillard, Marie, Roubinovitch. *Hongrie:* MM. Fischer, Konrád, Lechner, Moravcsik, Ranschburg. *Italie:* M. Tamburini. *Pays-Bas:* M. Van Deventer. *Russie:* M. Tschitsch.

«Le Comité pourra se compléter.»

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Communication:

Lépine Jean (Lyon): *Rapports de la tuberculose avec l'aliénation mentale.* Les troubles psychiques des tuberculeux sont connus depuis longtemps. D'autre part, dans ces dernières années surtout, on a pu mettre en évidence le rôle primordial de la tuberculose à l'origine de diverses formes graves d'aliénation mentale (démence précoce, démence paralytique, polynévrite avec psychose).

Nous désirons attirer l'attention sur des faits moins connus, et qui nous donnent à penser que, dans le cours de tuberculoses chroniques et latentes, on peut observer des phénomènes de confusion mentale grave, accompagnés parfois de signes méningés transitoires; et que certains de ces cas peuvent être l'objet d'une cure complète avec guérison durable.

Nous avons réuni depuis plusieurs années un certain nombre d'observations, à la clinique psychiatrique de l'Université de Lyon, dans lesquelles diverses formes de confusion mentale ont pu être rapportées à la tuberculose, et qui, malgré leur gravité, ont guéri à la suite de traitements modifiant énergiquement la phagocytose générale, en particulier des injections d'argent colloïdal, et des injections de nucléinate de soude.

Au point de vue clinique, ces cas, qui appartiennent à la confusion mentale, avec délire et hallucinations, sont intermédiaires entre la psychasthénie d'une part, les psychoses toxi-infectieuses mortelles, avec méningo-encéphalite, de l'autre. Nous pensons qu'ils ne sont pas rares, et que, s'ils étaient mieux connus, on empêcherait certains malades de parvenir jusqu'aux formes confirmées de certaines démences précoces, dont nos observations nous paraissent représenter des types de début. Nos malades, en général des femmes, étaient des sujets jeunes, leur état confus avait une tendance marquée à la stupeur et à l'automatisme. Il s'agissait toujours de tuberculose pulmonaire très discrète, confirmée par les réactions de laboratoire.

En ce qui concerne la nature du processus, nous pensons qu'il s'agit non pas de tuberculose méningo-encéphalique à forme classique, constituée par des lésions folliculaires typiques, mais plutôt d'une variété de tuberculose septicémique, non folliculaire, analogue à celles qui ont été décrites, au cours de ces dernières années, dans certains viscères et dans les articulations.

La manière dont les malades ont réagi aux modificateurs de la phagocytose vient à l'appui de cette hypothèse.

D'une manière plus générale, nous avons été frappés du nombre élevé de malades chez lesquels un épisode mental quelconque est apparu à la suite d'un état physique de dépression, dont une tuberculose latente était la cause vraisemblable.

Malgré de nombreuses publications antérieures sur ce sujet, nous pensons qu'il ne saurait être épuisé facilement et qu'on ne saurait assez insister sur le rôle possible de la tuberculose à marche lente dans l'étiologie des malades mentales.

Discussion :

Colin (Paris): Je rappellerai à propos de la communication de M. Lépine que l'on a souvent signalé les rapports qui unissent la tuberculose aux affections mentales et en particulier à la démence précoce.

S'agit-il dans les observations de M. Lépine de démence précoce ou d'états confusionnels ? La chose est importante à préciser puisque, d'après les théories le plus généralement adoptées en France, la démence précoce ne guérit jamais.

Au contraire, la confusion mentale guérit souvent sous l'influence de réactions plus ou moins violentes, et je puis à ce sujet citer le cas d'un jeune fille qui présentait un état confusionnel qui aurait pu faire croire à l'existence d'une démence précoce. Cette malade a guéri complètement au bout de 15 mois, à la suite d'une atteinte de scorbut.

Je demanderai à M. Lépine de bien vouloir nous dire quelle a été la durée moyenne de la maladie chez les sujets qu'il a traités.

Marie (Paris) présente ses observations relatives aux applications psychiatriques de la réaction de Wassermann.

L'examen au point de vue sérodiagnostic s'applique au sang, aux urines et au liquide céphalorachidien des aliénés.

Les premiers résultats fournis dans le domaine de la P. G. et de la parasyphilis appellent d'autres applications. En particulier, la tuberculose acquise ou héréditaire est susceptible de donner lieu à des applications de la réaction par déviation du complément.

Il ne semble pas qu'il y ait là parfois une simple coïncidence, mais bien un rapport étroit entre tuberculose et folie.

Le Dr. A. Marie dépose en terminant une note sur l'assistance des épileptiques en France (colonie de la Seine à Chezal, Cher).

Lépine (Lyon): Je puis répondre à M. Colin que les cas dont il s'agit sont des cas de psychoses toxi-infectieuses, qui sont, au point de vue clinique, de la confusion mentale. Nous ne pouvons parler de démence précoce, puisqu'ils ont guéri.

Quant au temps nécessaire à ces améliorations, dont quelques-

unes ont été jusqu'à la guérison, il a été, suivant les sujets, variable de quelques jours à plusieurs mois.

Rouby (Alger): 1° *Télépathie à Alger ;* 2° *Swedenborg et sa télépathie expliquée ;* 3° *Critique des faits télépathiques cités par Flammarion.*

Pactet (Villejuif) : *L'aliénation mentale dans l'armée et dans les pénitenciers militaires.* La question de l'aliénation mentale dans l'armée est depuis quelque temps déjà, dans les différents pays, l'objet des préoccupations du monde médical. En France, en Italie, en Allemagne, en Autriche-Hongrie, en Russie, elle a donné naissance à des travaux importants. Le Congrès annuel des médecins aliénistes français a mis, cette année, par suite d'un choix auquel je ne suis pas étranger, ce sujet à l'ordre du jour de ses discussions.

L'existence d'aliénés dans l'armée est mise en lumière par les travaux des médecins militaires qui ont écrit sur la question et par les statistiques du service de santé. En France, le chiffre de réformes prononcées pour aliénation mentale peut être évalué à 0,50/00 de l'effectif total dans l'armée métropolitaine ; il est un peu plus élevé dans les bataillons d'Afrique, dans les compagnies de discipline et dans les régiments étrangers.

A partir de l'année 1898, où fut inaugurée, en France, la réforme temporaire, on constate un relèvement du nombre de réformes pour certaines affections, l'hystérie, par exemple, de même qu'à partir de 1902 où une circulaire ministérielle prescrivit d'éliminer les éléments d'une utilisation difficile, le chiffre des militaires réformés pour insuffisance intellectuelle s'accrut d'une façon très sensible.

Les chiffres de la statistique officielle ne représentent pas exactement la totalité des aliénés qui se trouvent dans l'armée, car cette statistique ne tient compte que des cas d'aliénation mentale reconnus.

L'engagement volontaire est considéré depuis longtemps comme une large voie d'accès à l'armée des dégénérés et des candidats à la folie, mais ce serait une erreur de croire que ceux-ci rencontrent un obstacle infranchissable dans le conseil de revision chargé d'opérer la sélection des recrues.

D'autre part, il est des sujets qui peuvent être atteints d'aliénation mentale seulement après leur incorporation.

Si l'attention a été appelée sur la présence d'aliénés dans l'armée, elle a peut-être été moins retenue sur les graves inconvénients qui peuvent résulter pour eux, dans ce milieu spécial, des manifestations morbides de leur activité.

L'aliéné, du fait de sa mentalité pathologique, est inadaptable au milieu social où sa présence est une cause de perturbation et quelquefois de danger. S'il est dans l'impossibilité de se plier aux exigences de la vie ordinaire, il éprouvera une difficulté plus grande encore à s'adapter aux conditions de la vie militaire et, en réalité, il ne s'y adaptera pas et toutes les tentatives pour essayer de l'y adapter échoueront fatalement.

Le code militaire frappant de peines rigoureuses les infractions à la discipline, on conçoit de suite l'immense intérêt qui existe, au

point de vue simplement humanitaire, à éliminer de l'armée tous les sujets qui, du fait de troubles mentaux, pourraient être exposés à des punitions répétées et aussi à des condamnations sévères. Et il n'est pas difficile de prévoir le sort du militaire aliéné dont l'état mental n'est pas apparu sous son véritable jour : la compagnie de discipline, le conseil de guerre, la prison ou l'atelier de travaux publics, sont pour lui les étapes successives d'une route qui aboutit fatalement, à la suite d'une série plus ou moins longue d'épreuves douloureuses, à l'asile d'aliénés.

La question de l'aliénation mentale dans l'armée a donc pour corollaire celle de l'aliénation mentale dans les pénitenciers militaires, puisque les sujets dont l'état de maladie n'est pas reconnu se trouvent exposés à être envoyés dans les corps d'épreuve et dans les établissements de répression. On conçoit dès lors que pour qui veut s'attacher à la recherche des aliénés méconnus dans l'armée, c'est de ce côté que doivent être dirigées les investigations. Pénétré de cette idée, je demandai en 1905 et en 1908, au Ministre de la Guerre, l'autorisation de visiter les établissements pénitentiaires d'Algérie, destinés aux militaires, et d'examiner les détenus au point de vue des anomalies psychiques qu'ils pouvaient présenter. Ces visites, qu'en France je crois avoir été le premier à proposer et à réaliser, m'ont donné la preuve qu'il existait des aliénés dans ces établissements. J'y rencontrai des mélancoliques, des persécutés, des épileptiques et surtout des sujets d'un faible niveau intellectuel, voisin de l'imbécillité, privés du discernement nécessaire pour apprécier la portée et les conséquences de leurs paroles ou de leurs actes. Ces derniers, dans ce milieu spécial, se trouvent souvent en butte aux brimades de leurs camarades et sont de véritables souffre-douleur.

Il existe une triple indication à remplir pour résoudre le problème de l'aliénation mentale dans l'armée et dans les pénitenciers militaires.

A. — Il faut mettre obstacle à l'entrée dans l'armée des sujets qui portent de lourdes tares névropathiques.

Leur élimination pourrait être favorisée, au moment du conseil de revision ou de la revue d'incorporation, au moyen de renseignements fournis par l'autorité administrative, principalement en ce qui concerne les jeunes gens internés antérieurement et ceux dont la déséquilibration serait de notoriété publique. On pourrait exiger des engagés volontaires, avant la signature de l'engagement, un dossier sanitaire, comme on le fait par exemple, pour les candidats à l'Académie militaire de Berlin.

B. — Il faut arriver à une réforme rapide des sujets incorporés qui présentent des anomalies psychiques.

C'est aux officiers chargés de l'instruction des jeunes soldats qu'incombe le soin de signaler ceux qui leur semblent anormaux, en reconnaissant toutefois que cette sélection opérée par eux ne peut reposer que sur des données très incertaines. Tout jeune soldat qui s'attire souvent des punitions devrait être l'objet d'un examen de la part du médecin.

C. — Enfin une large extension de l'expertise aux sujets qui relèvent du conseil de discipline ou du conseil de guerre conduirait à en retenir un certain nombre, qui sont des malades, au seuil des établissements de répression, et une inspection trimestrielle de ces établissements par un médecin possédant les connaissances de pathologie mentale indispensables permettrait de rendre à l'asile les aliénés qui s'y trouvent détenus.

Mais ce triple but ne pourra être atteint qu'en donnant aux médecins militaires une instruction en psychiatrie suffisante pour leur permettre de remplir une tâche souvent difficile.

Il conviendrait même que les experts auprès des conseils de guerre aient été préparés à l'accomplissement de leurs fonctions par une étude approfondie de la clinique mentale et un stage prolongé dans les services consacrés au traitement des aliénés : on devrait exiger d'eux une sorte de spécialisation dans cette branche de la médecine.

Une compétence indiscutée en médecine mentale donne seule à l'expert, auprès du commandement, l'autorité nécessaire pour remplir son rôle et exercer sa bienfaisante influence. Son indépendance serait entière s'il était assimilé aux contrôleurs d'armée, qui relèvent directement du Ministre.

Discussion :

Marie (Paris), à propos de la communication du Dr. Pactet, appelle l'attention sur l'importance du problème des dangers de la folie méconnue dans l'armée. Ayant eu à étudier 75 cas de folie chez d'anciens soldats de la Légion étrangère, M. A. Marie rappelle le grave incident soulevé il y a peu de mois entre la France et l'Allemagne par les déserteurs de ce genre, puis le grave fait de désertion collective qui l'a suivi en Algérie.

Certainement dans ces cas des meneurs déséquilibrés ont agi, dont l'histoire clinique serait intéressante à établir, point de vue qui n'a peut-être pas été abordé par les commissions d'arbitrage.

Rouby (Alger) fait remarquer au sujet des malades aliénés dans les compagnies de discipline que, très fréquemment, il y a des simulateurs qui ont une habileté extrême pour faire croire à leur aliénation et que le Dr. Pactet a pu quelquefois se laisser tromper.

Colin (Paris): Je tiens à répondre quelques mots à M. Rouby au sujet des pseudo-simulateurs qui se trouveraient dans l'armée. Pendant huit années j'ai été médecin de l'asile d'aliénés criminals de Guillon qui recevait justement les militaires aliénés venant des pénitenciers et des compagnies de discipline.

Pour la plupart, ces malades avaient pendant de longues années été considérés comme des simulateurs par les médecins militaires ou par les médecins des établissements pénitentiaires dans lesquels ils avaient séjourné.

J'ai pu suivre pendant des années ces malades, et je puis affirmer qu'il s'agissait bien d'aliénés véritables. Les déments précoces en particulier figuraient dans le nombre pour une bonne part.

Il convient donc d'être très prudent lorsqu'on parle de simulation. L'expérience démontre en effet malheureusement trop souvent que ce que l'on regardait comme de la simulation était en réalité de la folie.

Pactet (Villejuif): Le malade auquel M. Rouby vient de faire allusion était pour moi, au moment où je le vis à la prison militaire de Constantine, un mélancolique avéré. Les tentatives de suicide répétées qu'il avait faites, son état mental, ne permettaient pas d'hésiter au sujet de ce diagnostic.

Marie (Paris): Les membres du Congrès réunis sur l'initiative de MM. Van Deventer, A. Marie et Muskens ont constitué une conférence spéciale dans le but d'organiser une Société internationale pour l'étude, la cure et la prophylaxie de l'épilepsie.

Nous avons l'honneur de communiquer à la Section avant la séance générale, les résultats obtenus en réclamant votre appui moral et l'approbation du Congrès.

La Ligue internationale est fondée sous le haut patronage de MM. Bechterew, Ebbolo, Landouzy, Moravcsik, Prince, Raymond et Sommer.

La Ligue a constitué un Bureau permanent siégeant provisoirement à Budapest où M. le Prof. Moravcsik, assisté du Dr. Donáth, va jormer un Bureau national hongrois complet.

Le Comité d'action international est composé de MM. Alt, Hebbold, Friedländer, Obersteiner, A. Marie, Van Deventer, Raymond, Sax, Sommer, Tamburini, Weygandt.

Il s'entendra avec le Bureau permanent hongrois. M. le Dr. Muskens, secrétaire général, est chargé de recueillir les adhésions et de réunir les premiers documents internationaux. Le Comité international désignera une Commission des statuts organiques et élaborera un plan général d'enquête.

La Commission provisoire adressera dans ce but des questionnaires préalables aux comités nationaux existants ; elle désignera les rapporteurs spéciaux dont les études seront synthétisées par ses soins. Le résumé général en sera publié avant le Congrès de Berlin (Psychiatrie, Assistance). La deuxième Conférence générale de la Ligue contre l'épilepsie se tiendra en 1910 à Berlin durant le Congrès.

Tamburini (Roma): Je porte au Comité pour l'étude de l'épilepsie l'adhésion de la Commission déjà fondée à Rome pour la protection des épileptiques et pour la fondation d'une colonie pour les épileptiques. Le Comité international dont on a fait à présent la proposition aura aussi l'appui de la Commission internationale pour la fondation d'un Institut international pour l'étude des causes et de la prophylaxie des maladies mentales dont j'ai l'honneur d'avoir la présidence, et les deux comités devront agir concordement pour des questions aussi importantes qui intéressent hautement la science et l'humanité.

Van Deventer (Amsterdam): Die Unterzeichneten stellen den Antrag, dass die im Folgenden genannten Herren in die Kommissionen pour la ligue international contre l'Epilepsie gewählt werden.

Die auf Initiative der Herren van Deventer, Tamburini, Marie und

Muskens hier vereinigten Kongressmitglieder haben eine Vereinigung ins Leben gerufen, die den Zweck verfolgt, eine internationale Gesellschaft zum Studium der Behandlung und der Prophylaxe der Epilepsie zu gründen.

Wir haben die Ehre Ihnen vor der Generalversammlung die bis jetzt erzielten Resultate mitzuteilen, indem wir gleichzeitig Ihre moralische Unterstützung und die Zustimmung des Kongresses erbitten. Die internationale Vereinigung ist gegründet durch die Herren: Landouzy, Moravcsik, Hebold, Bechterew, Raymond, Sommer, Prince.

Die Liga hat ein permanentes Bureau, das zunächst in Budapest unter dem Vorsitz von Prof. Moravcsik, dem Donath assistiert, sich konstituiert, und man ist im Begriff ein grösseres national-ungarisches Bureau ins Leben zu rufen.

Das internationale Aktionskomitee soll nach unserem Vorschlage bestehen aus den Herren Alt (Uchtspringe), van Deventer (Amsterdam), Friedländer (Hohe-Mark bei Frankfurt a/M.), Obersteiner (Wien), A. Marie (Paris), Raymond (Paris), Sachs (New-York), Sommer (Giessen), Tamburini (Rom), Weygandt (Hamburg); es wird sich mit dem ständigen ungarischen Komitee in Verbindung setzen.

Der Generalsekretär Dr. Muskens ist beauftragt die Anmeldungen und die ersten internationalen Arbeiten entgegenzunehmen.

Das internationale Komitee wird die Statuten und einen allgemeinen Arbeitsplan ausarbeiten.

Die provisorische Kommission wird zu diesem Zweck Fragebogen den bereits bestehenden nationalen Komitees zusenden; sie wird Spezialberichterstatter bestimmen.

Das Ergebnis wird vor dem Kongress in Berlin veröffentlicht werden.

Die zweite Konferenz (Generalversammlung) wird 1910 in Berlin vor dem Kongress für Irrenpflege stattfinden.

SÉANCE VII

Jeudi le 2 Septembre 1909, a. m.

Présidents: SOMMER, WEYGANDT.

Communication:

KONRÁD (Budapest). *Über Erblichkeitsverhältnisse in der Nachkommenschaft von Geisteskranken.*

Rapport:

VAN DEVENTER (Amsterdam): *Assistance des aliénés à domicile.* La psychiatrie contemporaine a essentiellement pour but la réadaptation de l'aliéné à la société. Parmi les moyens il faut accorder une place prépondérante à l'assistance familiale. Une lacune sérieuse existe cependant dans la plupart des pays civilisés: tandis qu'à l'asile le patient est l'objet d'un traitement spécial et de soins assi-

dus, à sa rentrée au foyer il se trouve abandonné, sans secours, sans guide. D'autre part, une proportion notable d'aliénés à qui l'assistance à l'asile serait plus profitable reste confinée à domicile, sans secours, sans guide ; ils finissent néanmoins, après un certain temps, par tomber à la charge de la communauté. Il se présente ici une question sociale, économique et médicale de grande importance ; on enlève à la société de nombreuses forces d'activité qui parfois se perdent en raison d'un manque de prévoyance. Un devoir impérieux impose de remplir cette lacune, de fournir le dernier échelon du traitement. On a formulé contre l'assistance homo-familiale des objections qui ne sont pas sans valeur. L'expérience acquise prouve que l'assistance homo-familiale est la plus simple et la plus naturelle ; mais, au fond, elle est la plus difficile. Ce dernier échelon peut être négligé. D'ailleurs, beaucoup d'aliénés rentrent chez eux guéris ou améliorés ; chez d'autres la situation ne s'était pas modifiée et cependant toutes ces personnes ont encore besoin d'un contrôle et d'un guide. La question peut se présenter de savoir si le patient peut être traité en famille ; la solution dépend autant de la famille que du malade. La famille doit pouvoir tenir compte des intérêts particuliers du malade, savoir lui procurer les soins indispensables. Le malade doit pouvoir trouver dans sa famille un travail adéquat à sa situation. Avant de certifier que la famille peut satisfaire aux conditions requises et que le malade de l'asile peut réintégrer sans danger son domicile, il y a lieu de le mettre préalablement à l'essai. Quant au malade même il n'y a pas lieu d'invoquer la forme morbide de sa maladie, mais sa personnalité, la manière dont il réagit aux impressions reçues dans son entourage habituel. Une bonne organisation de l'assistance à domicile est indispensable pour s'assurer que le traitement se fait conformément aux intérêts des malades. L'inspection de l'Etat s'étendrait aux aliénés traités au sein de la famille. Si la direction supérieure appartient au service médical local, l'inspection des aliénés indigents restés en famille serait confiée à des psychiatres communaux. Le service médical local serait complété par des gardes-malades (hommes et femmes) diplômés pour les maladies mentales. La société de patronage pourrait faire dans ces cas une œuvre très utile. Une organisation toute spéciale pour le travail doit être créée à leur intention. Le traitement post-asilaire ne peut dégénerer en un secours pour indigents, tout en émettant l'avis que le concours des bureaux de bienfaisance ne doit pas être exclu. Les dispositions qui précèdent contribueront, en raison des soins particuliers et incessants dont sont entourés les aliénés, à faire disparaître les préjugés sur les aliénés et les asiles. On ferait naître des idées plus exactes sur l'aliénation mentale, on prouverait que l'aliéné est un malade ayant doit à un traitement aussi sérieux que celui donné à tout autre malade.

Discussion:

Ley (Uccle-Bruxelles): Messieurs, la question de l'assistance familiale des aliénés a soulevé une objection assez grave au Congrès d'Anvers en 1902. Un pédagogue, Schuyten, s'est demandé si la présence

d'aliénés dans les familles n'a pas une mauvaise influence sur la population du village et en particulier sur les enfants. Je crois qu'on pourrait reproduire cette objection à propos du travail de M. Van Deventer qui nous parle de la présence de déments précoces dans les familles. Les enfants de ces familles ne vont-ils pas imiter les grimaces et les tics de ces malades, comme on le voit survenir dans les familles où il existe un enfant idiot, et la présence des aliénés n'a-t-elle pas une mauvaise influence sur l'état psychique et moral de ces enfants. C'est un point qu'il faudrait éclairer par des méthodes d'investigation scientifique. Il faut tenir compte aussi dans l'appréciation de l'état intellectuel d'une population de colonie, du fait que des malades peuvent parfaitement avoir des rapports sexuels avec des femmes de la colonie et procréer ainsi des produits inférieurs et dégénérés.

La question mérite d'être étudiée, et nous nous proposons, le Dr. Van Deventer, le Dr. Peeters, directeur de la colonie de Gheel, et moi-même d'organiser, avec le concours des instituteurs de la colonie, une enquête systématique sur ce sujet.

Fischer (Pozsony): Ich will nur deshalb das Wort ergreifen, da Herr Kollege Deventer in seinem Referate Ungarns nicht bedacht war und doch ist auch bei uns schon seit einigen Jahren auf Initiative des Herrn Direktors Dr. Konrád die Familienpflege eingeführt und haben wir schon 800 Geisteskranke in heterofamiliärer Pflege und sind die Berichte, die Herr Direktor Konrád in der jüngsten Landeskonferenz der ung. Psychiater vorgelesen hat, durchwegs günstig.

Weygandt (Hamburg) empfiehlt nach dem Prinzip der Irrenanstaltsbehandlung, die ihre Pfleglinge je nach Art des Zustandes qualitativ verschieden versorgt, auch für die von der Anstalt entlassenen Kranken je nach Art ihres Residualzustands eine qualitativ verschiedene Fühlung des betreffenden mit ärztlicher Fürsorge zu schaffen.

1. Für die noch besonders sachkundiger Führung bedürftigen Kranken empfiehlt sich die Einrichtung von Pflegerdörfern wie Wilhelmreich bei Uchtspringe, wo in Familien erlesener Irrenpfleger ein bis drei Kranke verpflegt werden.

2. Unterbringung in fremde Familien bei anständigen, humanen, nüchternen, nicht ganz mittellosen Leuten, die Form, in der Familienpflege am meisten geübt wird.

3. Unterbringung des Kranken in seiner eigenen Familie bei ärztlicher Fühlung sowie pekuniärer Unterstützung seitens der Anstalt. In letzterer Hinsicht besteht in Hamburg die segensreiche Einrichtung einer hochdotierten Unterstützungskasse. Auf diesem Gebiet können sich vor allem die Irrenhilfsvereine verdient werden.

4. Gelegenheit für entlassene Kranke, sich in der Anstalt in ambulanter, poliklinischer Weise vorzustellen und Rats zu erholen. Es kann hierdurch Rezidiven entgegengearbeitet werden, es lassen sich die wissenschaftlich wertvollen Katamnesen aufstellen und es wird in sozial wertvoller Weise das Vorurteil der Laien vor der Irrenanstalt gemindert.

Unterstützt wird diese Einrichtung durch ein Beurlaubungssystem.

Tamburini (Roma), à propos de la question qu'on a soulevée sur l'influence dangereuse que peut avoir la présence d'aliénés dans la familles des nourrisseurs et surtout sur les enfants, rappelle les chiffres qu'a portés au Congrès d'Anvers M. Peeters desquels il résulte que le nombre des maladies mentales et nerveuses dans les familles des nourrisseurs est bien moindre que dans la population générale de la Belgique. Et aussi son expérience personnelle lui a démontré que l'assistance familiale n'a pas cette influence dangereuse qu'on craint sur les familles des nourrisseurs et aussi sur les enfants de ces familles. Et, d'autre part, les quelques inconvénients que pourrait avoir l'assistance familiale sont bien compensés par les grands avantages qu'elle a non seulement par le traitement général physique et moral de l'aliéné, mais aussi sur l'amélioration et la guérison de la maladie mentale parce que l'orateur a vu plusieurs cas qui dans l'asile semblaient tout à fait chroniques et inguérissables et qui sont tellement améliorés qu'ils sont retournés complètement à la vie familiale et sociale.

Van Deventer (Amsterdam). Ref. konstatiert, dass die Discussionsredner mit allem einverstanden sind, was er ausgeführt hat. Mit Ley ist Ref. ganz einverstanden, dass mit Rücksicht auf die Kinder Vorsicht obwalten muss. In Gheel wird seitens Direktor Peeters in Gemeinschaft mit Dr. Ley und Ref. diese Frage besonders studiert unter Zuziehung des Pädagogen. Beim Kongress in Berlin wird über das Resultat berichtet werden. Ref. besucht als Staatsinspektor über die Irrenanstalten und Irren in den Niederlanden auch die in der eigenen Familie untergebrachten Geisteskranken und zweimal im Jahre als Delegierter die in Gheel (Belgien) untergebrachten holländischen Geisteskranken und auf Grund seiner Erfahrung erklärt er es für eine grosse Lücke, dass die Frage der eigenfamilialen Verpflegung nicht gesetzlich geregelt ist. Es ist erfreulich, dass in Ungarn eine gesetzliche Regelung dieser Frage bereits bevorsteht. Genaue Kontrolle ist unbedingt Voraussetzung des Erfolges; nicht theoretische Erwägungen sondern die praktische Erfahrung muss massgebend sein. Der Zusammenhang des Pfleglings mit der Anstalt darf nicht eher aufhören, bis er völlig genesen ist.

Communication:

Tamburini (Roma): *La démence primitive.* L'Autore osserva come la Dementia praecoxia la malattia mentale intorno alla quale si sono sollevate le maggiori discussioni. Dalla sua denominazione alla sua autonomia come entità clinica, dalla sua delimitazione sintomatica alle sue varietà cliniche, dal suo meccanismo intimo psicologico alla sua patogenesi e alla prognosi, tutto è stato ed è oggetto di critica e di discussioni. Per quanto la sua delineazione nosografica e le varietà cliniche attribuitele dal Kraepelin abbiano rappresentato un vero progresso nella Patologia mentale, però l'avanzare della osservazione clinica e una sana critica hanno portato alla necessità di una revisione di tutto quanto riguarda questa forma morbosa, ed a questa revisione intende l'A. portare un contributo.

Denominazione. Già alla stessa denominazione di demenza precoce si sono mosse obiezioni, considerando:

a) che se demenza vuol dire indebolimento con finale distruzione delle funzioni mentali questo non sempre si verifica nelle forme attribuite alla dementia praecox, perché in molti casi l'indebolimento è lieve, la distruzione non avviene e in non pochi altri si è avuta anche la guarigione.

b) che se la parola precoce sta ad indicare l'età giovanile, essa non è esatta perché spesso la malattia si sviluppa in età adulta ed inoltrata, se invece indica l'apparire della demenza anche questo non si verifica sempre.

Perciò partendo dal concetto che in questa malattia più che vero indebolimento e distruzione mentale si ha dissociazione degli elementi psichici, Brugia nel Congresso dei Medici Alienisti Italiani del 1907, ha proposto la denominazione di Parademenza, e il Bleuler al Congresso dei Psichiatri tedeschi del 1908 quella di Schizofrenia, che appunto esprimerebbe il concetto della scissione delle varie attività psichiche.

Siccome però o sia indebolimento e consecutivo disfacimento, o sia dissociazione e disgregazione, il meccanismo intimo psicologico della malattia consiste in un processo dissolutivo che si inizia ordinariamente sino dai primi stadi di essa, l'A. crede che la migliore denominazione sia quella già adottata da molto tempo dalla Psichiatria Italiana (era nella classificazione del Verga sino dal 1871) ed adottata pure dal Sommer di Demenza primitiva, che integra il concetto di un processo dissolutivo che si inizia sino dai primordi della malattia.

Carattere fondamentale dell' alterazione psichica. Kraepelin definisce la dementia praecox come la riunione di quadri morbosi la cui comune caratteristica è data dall' esito in stati d'indebolimento mentale. Il Tanzi come un processo di disorganizzazione psichica che finisce in uno stato tipico di deficienza. In queste definizioni è incluso il concetto del disfacimento della personalità, dell' annientamento dell' attività psichica nelle sue manifestazioni intellettive, affettive, volitive. Ma si obietta che nella dementia praecox non si ha ordinarimente vero e proprio disfacimento, ma bensì un processo dissociativo. Già Stranski aveva notato che il carattere fondamentale della malattia era la perdita della intima unità fra intelligenza, sentimento e volontà. Ed allo stesso Kraepelin come al Tanzi, era apparsa evidente la discontinuità tra pensiero ed azione, fra vita intelletiva e vita affettiva come carratteristica della forma morbosa. Ma sulla prevalenza ed estensione del processo dissociativo Brugia ha più specialmente richiamata l'attenzione, dimostrando che la discontinuità è universale in questa malattia. che consiste, cioè, in una disgregazione di tutti i processi psichici, per cui tutto è incoerente e slegato: la rappresentazione e la reviviscenza delle imagini, i sentimenti, il tono del carattere e le reazioni affettive, i reflessi e gli atti volontari, che hanno rotto fra loro ogni legame, restando ciascuno per sè capace di funzionare in modo autonomo, isolato, quasi automatico. E questo concetto fondamentale del processo dissociativo fu pure affermato dal Bleuler e da lui sostenuto

contro le obiezioni che Kraepelin, Neisser e Heilbronner gli mossero al Congresso di Berlino.

Certamente questo criterio della dissociazione come carattere fondamentale del meccanismo psicologico della demenza primitiva, è giusto, ma esso non può valere a fornire quell' elemento diagnostico e prognostico essenziale di cui si abbisogna per potere sin dal principio della malattia differenziarla da altre forme anche demenziali e prevederne l'esito, poichè il fatto dissociativo si verifica sino dai periodi iniziali anche in altre forme di classica demenza, come quella paralitica, alcoolica, senile, salvo che in quella lo stato dissociativo permane e si accresce senza passare in molti casi al completo disfacimento psichico, come invece in questa suole avvenire.

Autonomia e varietà cliniche. Alla dementia praecox è stato da molti negato il diritto a costituire una entità clinica autonoma e ciò specialmente per la molteplicità delle forme cliniche in essa accomunate e per la differenza sintomatica che esiste fra di loro. Così Bianchi vede in essa solo un esito di sindromi che variano a seconda dell' età del soggetto, ma che avrebbero comune il carattere iniziale della frenosi sensoria. E pel Regis e per molti degli alienisti francesi la dementia praecox non sarebbe che l'esito in cronicità di stati primitivi di confusione mentale. E molti altri autori, come Morselli, Potzl, Herver, Ossipoff, Schott, Agostini, Muggia ecc., non ammettono l'unità clinica della sindrome Kraepeliniana, ma ne separano decisamente chi la forma catatonica, chi la forma paranoide per serbarle solo la forma ebefrenica, oppure una forma mista ebefrenico catatonica.

Certo se è gran merito del Kraepelin l'avere ragruppato sotto il punto di vista del decorso, dell' esito e di alcuni sintomi comuni, molti casi e forme cliniche che prima si inquadravano in altri quadri nosografici, però questo raggruppamento ha portato all' inconveniente di avervi accomunato casi e forme che l'analisi clinica mostra ogni giorno più dover costituire gruppi distinti e separati. E questo inconveniente è stato già da tempo rilevato dallo stesso Kraepelin che già nel suo Trattato parla della riunione provvisoria di una serie di quadri morbosi che hanno a comune caratteristica l'esito demenziale. E più recentemente nel Congresso di Berlino ha nettamente riconocsiuto che nella sua dementia praecox si sono ormai accumulate e fuse anche in modo eccessivo le forme morbose più disparate e che ormai è evidente la necessità di distaccarne alcune forme, come certi stati allucinatori cronici, i casi a confusione verbale persistente e forse anco le catatonie tardive.

L'A. ritiene che si debba separare dal quadro nosografico tipico della Demenza precoce anche le forme guaribili, che, secondo le stesse cifre del Kraepelin, oscillano fra 1,8 e il 13%. Le quali certamente devono appartenere a processi morbosi ben diversi, e in cui uno studio accurato delle cause e della sintomatologia permetterà di costituire dei quadri nosografici distinti non solo dall' esito, ma anche da speciali caratteristiche cliniche, da portare anche alla differenziazione diagnostica e prognoctica sino dai primi stadi della malattia.

L'A. sostiene che da ciascuna delle varietà nosografiche descritte

dal Kraepelin l'esperienza clinica dia ormai diritto a sceverare forme speciali autonome, che sono ben differenti dai quadri caratteristici e dal decorso della demenza primitiva. Della quale sono caratteri fondamentali :

a) la dissociazione psichica iniziale ;

b) l'indebolimento mentale più o meno progressivo ;

c) la inguaribilità.

Seguendo questi criteri nosologici, per quanto riguarda la forma ebefrenica, l'esperienza clinica dimostra che in essa bisogna distinguere due categorie di casi :

a) quelli, che sono la maggior parte, in cui colla sindrome completa della classica ebefrenia, a fasi irregolari di sintomi maniaci, melanconici e confusionali segue più o meno presto uno stato demenziale grave, profondo, progressivo, che porta al vero e totale disfacimento psichico inemendabile ;

b) quelli nei quali, dopo fasi iniziali analoghe ma meno accentuate e meno tempestose, il processo dissociativo e distruttivo si arresta a un certo grado, che, pur non concedendo mai il ritorno alla completa integrità mentale, oppure non permettendo la completa evoluzione psichica, pure concede l'esercizio della vita famigliare, sociale e professionale, con uno stato di difettoso sviluppo psichico, ma senza speciali anomalie psicopatiche avvertibili, tanto da dare anche tutta l'apparenza della guarigione.

La prima categoria di casi costituisce il gruppo della Demenza ebefrenica tipica.

Per la seconda, che si differenzia tanto dalla prima sia nella sindrome che nel decorso e nell' esito, l'A. crede si possa ritornare alla antica denominazione data dal Kahlbaum di Eboidofrenia, che, pure indicando in modo chiaro la rassomiglianza ne permette però la distinzione.

Riguardo alla forma catatonica, è anche da fare una notevole distinzione, già intraveduta dal Kahlbaum, affermata da E. Morselli, da Ziehen, da Ilberg, da Meyer, Wernicke, e non negata dallo stesso Kraepelin, è oggi sostenuta da Thomsen, da Führmann, da Schott, da Muggia, da A. Morselli, di una forma acuta, autonoma, guaribile, e di una forma ad andamento cronico con esito demenziale. Alla prima spetta la denominazione di Psicosi catatonica acuta o subacuta : all'altra quella di demenza catatonica. E, fra le due forme la differenza sintomatica, da servire come criterio non solo diagnostico ma sopratutto prognostico, consisterebbe per Schott nel minor disaccordo fra le idee iponondiache iniziali e il tono sentimentale nella forma autonoma guaribile : per A. Morselli nella mancanza o rarità in questa forma delle allucinazioni, nella minore alterazione della affettività e della emotività e nel minore infiacchimento delle energie volitive. E l'A. in base alla sua esperienza, aggiunge a questi caratteri differenziali la presenza di una fase di stupore completo, passivo, senza strato contratturale, e senza perdita di coscienza di sè e dell' ambiente, come uno dei segni più frequenti nella forma acuta guaribile, giacchè è sempre alla cessazione di questi stati di stupore e dopo una sindrome

che da prima preocupava per una forma grave inemendabile, che egli ha veduto verificarsi la guarigione.

Maggiori contestazioni sorgono per la forma paranoide. Certamente al Kraepelin spetta il merito di avere sceverato dal grande cumolo dei casi attribuiti alla Paranoia molti casi che se ne differenziano per la mancanza di coordinazione tra le allucinazioni e le interpretazioni deliranti, per la loro variabilità, per disordine nei processi ideativi ed affettivi, per la progressività della disgregazione psichica e per l'esito finale in demenza, limitando così la Paranoia pura alle forme in cui il delirio è stabile, lucido, coordinato ecc. Malgrado però questi caratteri distintivi, molti casi in pratica non rispondono nè all'uno nè all' altro di questi quadri morbosi. E molti dei casi attribuiti alla demenza paranoide sono da alcuni clinici attribuiti alla Paranoia originaria (Morselli), da altri alla Paranoia acquisita (Muggia), da altri (Agostini) alla Paranoia precoce, o deliri polimorfi paranoidiformi dei degenerati, o alla Paranoia tardiva, che comprenderebbe i deliri cronici a evoluzione sistematica di Magnan.

Il che prova soltanto quanta confusione esista ancora in questo argomento e quanto grande sia la varietà clinica dei casi che si vorrebbero includere nella forma complessa della demenza paranoide.

T. crede erroneo tanto il volere assimilare questi casi a confini non ben netti, tra le Paranoie sia precoci che tardive, sia originarie che acquisite, quanto il volerli tutti accumulare in una sola varietà della demenza primitiva, e che sia invece più consono ai fatti clinici il raccoglierli in una forma intermedia, che non è la Paranoia pura per la mancanza della lucidità, della coordinazione e della sistematizzazione del delirio, e non è la demenza primitiva paranoide, perchè non si arriva mai al vero stato demenziale, ma che invece è caratterizzata dallo stato dissociativo non completo nè progressivo, e quindi da una certa stabilità delle idee deliranti per quanto non perfettamente sistematizzate, ma in cui anche dopo molti anni non sono mai evidenti i segni di disfacimento intellettuale, e in cui anzi si può avere, col tempo, un impallidimento del delirio se non una completa reintegrazione psichica. A questa forma intermedia potrebbe adattarsi la denominazione di Parademenza con delirio paranoide.

Senza entrare nelle questioni relative alla patogenesi o alla prognosi, poichè troppo incerti sono ancora i dati positive per potere formulare riguardo alla condizione patogenica più che delle semplici ipotesi, e troppo pochi e poco sicuri i criteri per desumere dai primi stadi della malattia l'ulteriore decorso e l'esito, l'A. conclude che la ricerca scientifica degli uni e degli altri e l'esatta delineazione nosografica di questo polimorfo complesso sintomatico costituisce oggi uno dei più importanti compiti della indagine psichiatrica.

Discussion:

Weygandt (Hamburg). La conoscenza della demenza precoce è ancora nello stato dell evoluzione. Il sintoma il più importante e grave è certissimo la demenza dell'affetto e della volontà, ma non quelle dell'intelletto. Io ho descritto alcuni casi di settanta anni; questi malati

erano quasi una macchina e sono stati in questo stato di demenza precoce già un mezzo secolo, ma eglino erano nella possessione della conoscenza degli anni sani; uno ha parlato ancora la lingua latina del suo tempo di scuola. Io vorrei preferire l'espressione italiana «parademenza» a quella del professore Bleuler «schizofrenia.» In una communicazione io aveva proposto l'espressione «demenza appercettiva» nel senso della appercezione del filosofo Wundt. Anche il nome «Demenza primitiva» o «primaria» può essere una causa degli errori. Adesso si trova il nome «Demenza precoce» ancora nello stato provisorio.

Sommer (Giessen). Alla comunicazione di Tamburini poche parole sull'espressione: Dementia præcox, Demenza primaria primitiva, Schizzophrenia. Io preferisco l'espressione Demenza primaria (Primärer Schwachsinn), usata da me nella Diagnostica della Psicosi quindici anni fa, «Dementia præcox» contiene una confusione delle idee cliniche. La precocità nel senso di Morel era una caratteristica della intelligenza in una forma speciale della demenza. Ma adesso la precocità appartiene alla demenza per una abbreviatura delle parole. É necessario propagare l'espressione Demenza primaria (primärer Schwachsinn).

Tamburini (Roma).

Rapport :

Hebold (Wuhlgarten) gibt in seinem Vortrage «*Über Epileptiker-Anstalten*» das Ergebnis einer 16 jährigen Erfahrung, die er aus der Beschäftigung an der Berliner städtischen Anstalt für Epileptische Wuhlgarten gewonnen hat. Er führt die Gründe an, die zur Gründung solcher Anstalten führten und die dieselben sind, die vordem schon in den Irrenanstalten dazu führten, die Epileptiker auf gesonderten Abteilungen zu halten, wozu als wesentlicher Grund noch kommt, dass in solcher Anstalt alle Epileptiker ohne Ausnahme untergebracht werden können, auch solche, die nicht geisteskrank sind. Von den drei Arten der Epileptikeranstalten: 1. Unterbringung aller Epileptiker ohne Ausnahme (Beispiel: Wuhlgarten), 2. Unterbringung von nur nicht geisteskranken Epileptikern (Beispiel: Craig colony in Nord-Amerika), 3. Epileptikeranstalt mit Zumischung von anderen Geisteskranken (Beispiel: Sächs. Prov. Anst. Uchtspringe) hält er sich der Anschauung Alts anschliessend, die letzte Art für die im allgemeinen am meisten zu empfehlende, da sonst den Epileptikern so wie so schon andere Geisteskranke untermischt worden, die Ärzte eine bessere Ausbildung und grössere Befriedigung in ihrem Sonderberufe finden und das Pflegepersonal besser angelernt werden kann. Er erachtet je nach Umständen eine Unterbringung von $^1/_5$—$^1/_3$ Geisteskranken in einer Epileptikeranstalt für das gegebene Verhältnis und weist auch darauf hin, dass in Verbindung mit der Ep.-Anstalt ganz gut eine Nervenheilstätte zu bringen ist. Die Anstalt für Krampfkranke gleicht einer Irrenanstalt, hat aber mehr Abteilungen für freiere Behandlung und verlangt besondere Vorsorge für Beschäftigung der Kranken, insbesondere mit Landarbeiten und Gartenpflege. Der Vortrag schliesst mit einem kurzen Abriss des allgemeinen Pauprogramms und erläutert eine solche Anlage an dem Plan der Anstalt Wuhlgarten.

Communication:

Marie (Villejuif). *Le retour à la terre et l'assistance curative des épileptiques et débiles adultes.*

Discussion:

Van Deventer (Amsterdam): Wie es mir scheint, hängt es ganz vom Zustande des Epileptikers ab, in welche Anstalt er gehört und daher kommen die drei von Hebold genannten Arten in Betracht.

In Holland wurde vor einigen Jahren ein Verein gegen Epilepsie gegründet, der sich mehr speziell die Verpflegung und die Sorge für die rezenten Fälle zur Aufgabe macht und zwar durch poliklinische Behandlung und von Spezialisten auf diesem Gebiete. In Amsterdam ist ein Krankenhaus in Gebrauch genommen für die Observation, das Studieren, das Festsetzen der Indikation, kurz für die Behandlung dieser Fälle und wie sich auch aus den Jahresberichten zeigt, mit günstigem Resultat. Ein anderer Verein macht sich die Verpflegung der nicht irrsinnigen Epileptiker zur Aufgabe. Ihre Anstalten in Haarlem und Umgebung stehen in sehr gutem Rufe; ebenso wie die amerikanische Craig Colony ist die Anstalt nicht bestimmt für die irrsinnigen Epileptiker. Die an epileptischen Anfällen Leidenden, welche deutliche Symptome des Irrsinns zeigen, finden Aufnahme in den Irrenanstalten. Durch eine gewissenhafte Distribution dieser Patienten über die verschiedenen Abteilungen wird im allgemeinen ihren eigenen Interessen, wie denen der anderen Patienten Rechnung getragen.

Es hat sich gezeigt, dass für eine Konzentration der irrsinnigen Epileptiker kein Bedürfnis vorliegt. Nach meiner persönlichen Erfahrung ist eine Konzentration nicht im Interesse dieser Kategorie von Epileptikern; eher im Gegenteil. Bei der Aufnahme eines epileptischen Irrsinnigen muss nach meinem Dafürhalten nicht einfach die Tatsache, dass er irrsinnig ist den Ausschlag geben, sondern einer grossen Anzahl von andern Faktoren Rechnung getragen werden, wie der Beschaffenheit und der Frequenz der Anfälle, der Persönlichkeit des Patienten, seinem somatischen Zustande, seiner Arbeitsfähigkeit und dergleichen mehr.

Nach meiner persönlichen Erfahrung lernt der diffizile reizbare Epileptiker oft eher sich seiner Umgebung anzupassen in einer Umgebung von andern Geisteskranken, als wenn er ausschliesslich in einer Umgebung von Schicksalsgenossen verpflegt wird.

Eine scharfe Unterscheidung dieser obengenannten Kategorien existiert naturgemäss nicht, auch nicht in der Praxis. Dies schliesst nicht aus, dass man auf die obenangegebene Weise den Interessen des Epileptikers in jeder Hinsicht gerecht werden und den speziellen Anforderungen der Zeit Rechnung tragen kann.

Es scheint mir übrigens, dass der von Hebold in dieser Beziehung eingenommene Standpunkt nicht abweicht vom oben genannten. Hebold wird gewiss gerne zugeben, dass in verhältnismässig kleinen Epileptiker-Anstalten epileptische Irrsinnige, speziell die diffizilen Elemente, nicht am Platze sind. Die Interessen der Patienten müssen höher stehen als die ihrer Verpfleger. Ausserdem wird die Anzahl nicht epileptischer

Irrsinniger für eine kleine Epileptikeranstalt, wie sie Hebold wünscht gering sein; es wird also grosse Schwierigkeiten machen die Patienten hinreichend zu verteilen, weil die Anzahl Abteilungen dann zu gross werden würde im Verhältnis zu der totalen Anzahl der Patienten.

Einer solchen Schwierigkeit würde man vorbeugen können, wenn man nur gewisse Kategorien von Patienten aufnähme, allein auch hiemit sind Schwierigkeiten verbunden.

Es scheint mir hingegen erwünscht mit den Epileptikeranstalten wie Wuhlgarten, Craig Colony usw. die Pflege in einer Familie zu verbinden, nicht nur die hetero-familiale, sondern auch so weit als möglich die homo-familiale.

In Amsterdam ist ein Protektorat gegründet worden, das die Interessen der Epileptiker wahrnimmt, die im obengenannten Krankenhause behandelt worden sind; es betrifft also hier die rezenten Fälle und nach der Erfahrung können auf diesem Wege sehr günstige Resultate erzielt werden; die sachverständige Auskunft des ärztlichen Direktors und des Spezialisten des Krankenhauses, Dr. Lykles und Dr. Muskens steht dem Vorstand zu Diensten.

Muskens (Amsterdam), schliesst sich gerne demjenigen an, was vom Herrn Inspektor van Deventer mitgetheilt wurde. Er erlaubt sich aber besonders darauf hinzuweisen, dass ein grundsätzlichem Unterschied besteht zwischen den in Holland und im Ausland (Amerika inclusive) vorherrschenden Standpunkte. Wir glauben unserseits, dass es die frischen Fälle sind, die nur ein oder zwei Anfälle gehabt haben, für welche klinische Aufnahme für einige Wochen notwendig und das Beste der Spitalpflegung kaum genug ist. Übrigens lehrt die klinische Erfahrung dass beim Auftreten des ersten Anfalles schon viel mehr epileptiforme Erscheinungen sich zeigen. Es lassen sich für diese Fälle mit Hilfe der Prŏdromalbehandlung (vergl. Epilepsia I. 1. H.) in diesen Fällen ungeahnt günstige Resultate für die Zukunft der Patienten erwarten. Das in Amsterdam unter Präsidenten Frau Dr. van Deventer errichtete Patronat für Epileptiker hat sich als ein sehr nützliches Institut dabei bewährt.

Obwohl in dem speziellen Spital auch mehr chronische (nicht demente) Patienten aufgenommen werden, wurden doch ziemlich befriedigende Resultate erreicht, so für 133 Frauen die vor fünf bis drei Jahren zur Aufnahme kamen:

28 blieben ganz frei von Anfällen bis jetzt i. e. 21 1/9 %.
43 waren sehr beträchtlich verbessert, i. e. 32 1/3 %.
16 waren verbessert i. e. 12 4/23 %.
44 waren unverändert i. e. 33 1/12 %.
2 sind verstorben i. e. 1 1/2 %.

Hébold (Wuhlgarten): So weit ich den Ausführungen des Herrn Deventer folgen konnte, besprach er die Fürsorge der Epileptiker in der Familienpflege; ich konnte darauf in meinem Referat nicht eingehen, da ich das Referat auf den mir gestellten Gegenstand, die Anstalten beschränken musste. Übrigens haben wir in Berlin Anfänge einer solchen, beschränkt aus Gründen, die zu erwähnen ich mich hier bescheide.

Communication :

Roubinovitch (Paris) : *Recherches sur l'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-rachidien.* Depuis novembre 1908 le Dr. Jacques Roubinovitch, médecin de l'Hospice de Bicêtre (Paris), utilise le liquide céphalo-rachidien dans le traitement des états asthéniques et anxieux. L'auteur rapporte cinq nouvelles observations de malades atteints de mélancolie anxieuse avec idées et tentatives de suicide qui ont été rapidement améliorés par une ponction lombaire de 10 à 20 cm³ de liquide céphalo-rachidien suivie de l'injection hypodermique de ce même liquide. Dans tous les cas il se produit, dans les 24 heures, une légère hyperthermie se terminant en lysis, ainsi que des modifications du pouls et de la tension artérielle. L'amélioration de l'état psychique se manifeste dans les quinze jours qui suivent l'intervention. Sur neuf cas ainsi traités depuis six mois, l'auteur a pu enregistrer six succès thérapeutiques. La méthode est absolument inoffensive, à condition d'observer toutes les règles opératoires et aseptiques concernant la ponction lombaire et l'injection du liquide céphalo-rachidien (de l'homme ou du cheval) qui élève régulièrement la température. Il conclut sans vouloir interpréter les faits sur lesquels il croit avoir été le premier à appeler l'attention du monde médical, et constate simplement que les observations rapportées par lui, toutes empiriques qu'elles soient, sont néanmoins de nature à encourager les essais d'utilisation du liquide céphalo-rachidien de l'homme ou des animaux dans le traitement de diverses maladies du système nerveux.

Discussion:

Anton (Halle) : Bei den circa 30 Fällen in welchen nach unserem Verfahren des Balkenstiches v. Bramon die Ventrikel punktierte, haben wir bei inkomplizierten Fällen keine Temperatursteigerung bewirkt. In diesen Fällen ist der Liquor direkt aus einer Körperhöhle in eine grössere (Subduralraum) überführt und direkt auf die zerebrale Masse geleitet. Es bildet diese Aperation also einen ergänzenden Versuch zu den hypodermatischen Applikationen des Liquor mit Temperatursteigung.

SÉANCE VIII

Jendi le 2 Septembre 1909, a. m.

Présidents : Bresler, Friedländer, Moravcsik.

Communications :

Rouby (Alger) : *1° Les miracles de Lourdes chez les non-hystériques; 2° Les miracles de Lourdes chez les hystériques.*

Fischer (Pozsony). *Über juvenile Paralyse.*

Discussion:

Friedländer (Hohe-Mark) : Bei der letzten Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin, stellte der Referent den Satz auf, dass die Paralyse eine Folgekrankheit der Lues sei. Die grossen statistischen Materien sprechen in hohem Masse für die engste Abhängigkeit der beiden Krankheiten. Die Beobachtung des Vortrgd. aber mahnt doch zur Vorsicht. Letztere ist — wie dies gleichfalls in

Berlin betont wurde — auch aus sozialen Gründen geboten. Ich weise nur auf die möglichen Folgen bezüglich Ehescheidung und Eheanfechtung, Auszahlung von Versicherungsprämien u. A. hin. Friedländer erwähnt, da Vortragender die Ätiologie streifte, die Edingersche Aufbrauchtheorie und spricht die Hoffnung aus, dass die ätiologische Forschung nicht stillestehen möge, wenngleich die meisten Autoren die Paralyse als post- oder metaluetische Erkrankung ansehen.

Communication :

Ernesto Tramonti : *Les tendances criminelles chez les enfant phrénasthaniques.* L'auteur a pu démontrer par de longues recherches pratiquées sur 136 enfants phrénasténiques de l'Asile-école spécial de Rome, que en haute proportion, cérébrophlégiques ou non, ils présentent des tendances criminelles plus variées et particulièrement des tendances à la violence. Cette constitution serait en opposition avec l'affirmation de M. Sollier qui a rangé les phrénasthéniques en deux grandes catégories :

1° cérébroplégique ou extrasociale, et

2° non cérébroplégique ou antisociale.

Pour cette raison et pour le danger très fréquent de la recrudescence de ces tendances antisociales à l'époque de la puberté, est nécessaire pour tous les phrénasthéniques éducables l'assistance intégrale, c'est-à-dire l'internement dans des asiles d'éducation jusqu'à 12—14 ans et ensuite l'intervention des sociétés de patronage avec leurs diverses institutions appliquées, selon le cas, jusqu'à 25 ans. Le meilleur moyen d'éducation c'est le travail continu et méthodique. Pour les inéducables, l'internement dans des asiles ad hoc est indiqué.

Discussion:

Tamburini (Rome)

Communication:

Hudovernig (Budapest): *Zur Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit.* Im Gegensatze zu dem Mannkopfschen Symptome, welches in einer Vermehrung der Pulsschläge bei Druck auf funktionell empfindliche oder schmerzhafte Punkte (traumatische Neurose, Hysterie, Neurasthenie) besteht, konnte Hudovernig in 91.5% organisch bedingter Druckempfindlickeit (Operations-, Verletzungsnarben, entzündliche Prozesse, usw.) eine mitunter ganz bedeutend Verlangsamung der Herztätigkeit (10—20, durchschnittlich 15 in der Minute) nachweisen, welche in der zweiten oder dritten Minute zumeist schwindet, und der ursprünglichen Pulszahl Platz macht. Von einer Veränderung des Blutdruckes ist diese Erscheinung nicht begleitet. Organische Veränderungen ohne Druckempfindlichkeit zeigen während eines auf dieselben ausgeübten Druckes nicht die Verlangsamung des Pulses. Somit kann diese Erscheinung zur Unterscheidung dessen, ob eine Druckempfindlichkeit funktioneller Natur, oder organisch bedingt ist, in den meisten Fällen verwertet werden.

Discours des M. Sommer et Weygandt.

Moravcsik, président gérant, clot en ces termes les travaux de la Section :

Messieurs, Meine Herren, Gentlemen, Signori,

Les séances ayant pris fin, je tiens à saisir l'occasion pour vous exprimer, Messieurs et très honorés confrères, mes remerciements les plus chaleureux, et cela non seulement pour l'empressement que vous avez, tous, bien voulu témoigner en prenant chacun votre part aux travaux de notre Section, mais aussi pour les efforts que vous avez tous faits dans le but d'élever le niveau scientifique de nos discussions, d'en rehausser l'éclat et, enfin, pour l'obligeant concours que vous m'avez prêté, Messieurs, pour me rendre facile la tâche que j'avais à remplir. Nos séances sont closes.

XVI[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
(BUDAPEST : AOÛT—SEPTEMBRE 1909)

SECTION XII :

PSYCHIATRIE

RAPPORTS OFFICIELS

La Classification des Malades Mentales.

Par MM. GILBERT BALLET et GASTON MAILLARD (Paris.)

I. DIFFICULTÉS D'UNE CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

La première question que nous devons nous poser en abordant ce Rapport, est de nous demander *ce que peut être actuellement* une Classification des Maladies Mentales.

Si la Psychiatrie était une science achevée, ou si elle était comparable à certaines Sciences naturelles, la Botanique et la Zoologie par exemple, qui ont comme objets d'étude des entités se présentant d'emblée avec des caractères objectifs nets, le travail consisterait seulement à rechercher quels sont, dans ces entités, les caractères communs et les caractères différentiels les plus apparents qui pourraient permettre de les grouper d'une façon méthodique ; le but serait de constituer une sorte de tableau à divisions et subdivisions successives déterminant dans un ordre aussi naturel que possible la place qui revient à telle ou telle espèce.

Mais bien peu de Maladies Mentales représentent à l'heure actuelle de véritables entités nosologiques. Ce que l'on désigne aujourd'hui sous ce nom constitue un vaste groupe d'états pathologiques, où l'on trouve à côté de véritables maladies, des syndrômes, des complexus symptomatiques plus ou moins bien définis, des infirmités congénitales, de simples anomalies psychiques, etc...., en un mot tout un ensemble

un peu disparate comprenant des éléments de valeur très différente, qu'on ne peut songer à classer suivant les méthodes des autres sciences naturelles.

Si nous prétendions ne faire rentrer dans notre Classification que les espèces morbides réelles, nous aboutirions à un groupement très incomplet et très défectueux. Nous serions obligés d'évincer un grand nombre d'états mentaux, encore un peu imprécis par certains côtés, mais qui doivent cependant figurer dans un inventaire de la science psychiatrique actuelle. Cet inventaire, pour n'être pas une simple nomenclature, doit se développer dans un ordre *aussi rationnel que possible*, permettant de grouper à côté les uns des autres les faits *de même nature*, et d'attribuer une place, logiquement déterminée, à tous les états psychopathiques aujourd'hui reconnus.

Un second point qui doit nous arrêter, est le choix des *caractères classificateurs*.

Il est généralement admis qu'une classification doit reposer sur des caractères de même ordre en ce qui concerne la détermination de chaque série de divisions et subdivisions. Mais si nous prenons l'ensemble des psychopathies actuellement décrites, pourrons-nous les classer toutes d'après ce principe ? Nous ne le pensons pas, car on aboutirait fatalement ainsi à une classification trop théorique.

En effet, ainsi que nous l'avons fait remarquer, les états psychopathiques que nous devons classer sont loin de présenter tous la même valeur nosologique. De plus, la plupart d'entre eux ne nous sont connus que par certains côtés, les uns uniquement par le côté clinique, d'autres surtout par l'étiologie, l'anatomie pathologique etc..., si bien que nous n'avons pas la possibilité de les envisager tous du même point de vue, si nous voulons rester dans le domaine des faits positifs. Il faut remarquer aussi que les termes dont on se sert actuellement pour désigner les diverses maladies mentales, choisis en général pour caractériser le côté le mieux connu de ces divers états, manquent forcément d'homogénéité. Aussi les auteurs qui ont prétendu établir une classification des maladies mentales, rigoureusement homogène en toutes ses parties, ont-ils été obligés d'employer une terminologie toute nouvelle, sans aucune utilité pratique, et répondant à des subdivisions trop artificielles.

Nous nous contenterons donc d'une *unité d'ensemble*, ne cherchant une base unique de classification que pour les grandes divisions.

De quels caractères classificateurs peut-on se servir actuellement ?

La physiologie de l'encéphale est bien trop incertaine encore pour que l'on puisse songer à une base anatomo-physiologique ; quoique cette base de classification ait été choisie il y a quelques années, nous la rejetterons donc parce qu'elle nous forcerait de faire à chaque instant appel à des hypothèses.

Nous ne nous arrêterons pas davantage à la possibilité d'une division *psychologique;* pourtant, en ces dernières années surtout, on a vu paraître un certain nombre de classifications basées sur la psychologie ; mais celles-ci présentent l'inconvénient d'être trop en dehors des méthodes usitées d'ordinaire en pathologie et le grave défaut de ne pouvoir s'appliquer à la détermination de véritables entités morbides, mais seulement à des symptômes ou tout au plus à des syndrômes mentaux.

Si la Psychiatrie était aussi avancée que beaucoup d'autres parties de la Pathologie, ce seraient les caractères *anatomo-pathologiques* qui nous auraient guidés, parce qu'ils sont la base la plus solide et parce qu'ils auraient permis de classer les maladies mentales suivant les principes généraux de la Pathologie. Malheureusement il n'est pas encore possible d'étudier les maladies de l'encéphale comme on étudie les maladies du cœur par exemple, et le titre de notre rapport, Classification des Maladies *Mentales*, montre bien que nous devons envisager beaucoup plus le côté *fonction* que le côté *organe*, le terme *maladie* n'ayant pas ici le sens précis d'entité nosologique, mais étant simplement l'équivalent *d'état morbide* en général. Pourtant si l'Anatomie Pathologique ne peut actuellement servir de base unique de Classification, il n'est pas nécessaire pour cela de la rejeter entièrement ; ce serait une erreur de dédaigner les caractères anatomiques en ce qui concerne la Paralysie Générale, sous prétexte que l'anatomie pathologique de la Démence précoce n'est pas achevée.

Il nous semble au contraire qu'il y a tout avantage à envisager pour certaines maladies précisément ce côté ana-

tomo-pathologique, lorsque nous y trouvons des éléments qui peuvent servir à les grouper d'une façon rationnelle.

En ce qui concerne les autres troubles mentaux devra-t-on se baser uniquement sur la *clinique ?* Cette méthode qui fut bien certainement la meilleure tout au début de la Psychiatrie, lorsqu'il s'agissait de mettre un peu d'ordre dans le chaos des psychopathies, serait actuellement insuffisante car elle ne peut aboutir qu'à déterminer des syndrômes. La connaissance des syndrômes mentaux fut le premier pas de la médecine mentale ; mais de nos jours, et l'étude de *l'évolution* de certains de ces syndrômes d'une part, d'autre part la connaissance plus exacte de certains facteurs *pathogéniques*, ont jeté de vives lumières qui permettent d'apercevoir différentes catégories de psychoses, parmi celles qui ne sont pas encore déterminées anatomo-pathologiquement.

Nous prendrons donc les choses comme elles sont, c'est à-dire les états psychopathiques par le côté ou ils nous sont le mieux connus, nous servant pour les grouper de leurs caractères les plus objectifs et les plus certains. La Classification que nous proposons sera basée, autant que possible, sur la pathogénie et l'anatomie-pathologique, ce qui présente le grand avantage de grouper ensemble les maladies mentales le même nature, tout en laissant le moins de place aux vues de l'esprit. A défaut de ces deux bases, nous utiliserons les caractères cliniques.

On nous reprochera peut-être de nous servir ainsi de caractères différents ; mais nous pensons qu'il serait prématuré de vouloir choisir à priori l'un de ces caractères à l'exclusion des autres. Il nous paraît plus raisonnable de tenir compte de toutes les données acquises dès maintenant ; une classification, mettant en œuvre tous ces matériaux, donnera mieux que toute autre une vue d'ensemble de l'état actuel de la Psychiatrie, et c'est là en définitive le véritable objet d'une Classification actuelle des Maladies Mentales.

II. GRANDES LIGNES DE LA CLASSIFICATION

Parmi les Psychoses il en est qui sont nettement acquises et d'autres qui sont nettement originelles et constitutionnelles.

Dans les premières, la prédisposition peut sans doute exister, à l'état plus ou moins latent, de même qu'on peut

la supposer à l'origine de toute maladie ; mais elle n'y joue en tout cas qu'un rôle extrêmement effacé ; toute l'importance pathologique appartient à la cause extérieure. Dans le deuxième groupe, au contraire, la cause extérieure, lorsqu'elle existe, n'a joué dans le développement de la psychose qu'un rôle restreint de cause occasionnelle, le trouble mental trouvant sa véritable raison d'être dans une constitution originellement défectueuse.

Entre ces deux groupos extrêmes nous placerons dans un ordre déterminé par l'importance relative des deux facteurs pathogéniqnes, intrinsèque et extrinsèque, les psychoses qui sont conditionnées à la fois par une prédisposition et par une cause extérieure.

C'est à cette place intermédiaire que nous mettrons la *démence précoce* et la *psychose systématisée primitive*, sans les faire rentrer dans un groupe déterminé. La pathogénie de ces états psychopathiques, leurs limites mêmes sont des questions encore remplies d'obscurités ; la situation que nous leur assignons dans notre classification répond à cette incertitude et à l'importance relative que les divers auteurs attachent précisément à ces deux facteurs : cause extérieure (extérieure à la constitution psychique, auto-intoxication par exemple) et prédisposition mentale Ces psychoses sont donc là, pour ainsi dire, dans une place d'attente.

En effet la *psychose systématisée primitive* (forme psychopathique à limites peu nettes, répondant à la fois au Délire de Persécution de Lasègue-Falret, au Délire Chronique de Magnan et à certaines des formes que Kraepelin sous le nom de Délires systématisés fantasiques, fait rentrer dans la Démence Précoce) se développe ordinairement sur un terrain à prédisposition latente, qui peut être considéré comme normal avant l'apparition de la psychose ; nous la situons entre la forme paranoïde de la Démence Précoce et la constitution paranoiaque car, suivant les opinions, elle doit rentrer, en tout ou en partie, dans l'un ou l'autre de ces deux groupes ; aussi, en attendant que l'entente se fasse, il est rationnel de la maintenir à cette place intermédiaire.

La *démence précoce* nous paraît bien à sa place naturelle aussitôt après les psychoses auto-toxiques, par ses formes simple, catatonique et hébéphrénique, et, par sa forme paranoïde, avant les psychoses plus nettement constitutionnel-

les ; en effet en ce qui concerne surtout cette dernière forme, la prédisposition ou tout au moins l'hérédité psychopathique s'y observe souvent avec évidence ; d'autre part, les lésions observées par la plupart des auteurs sont très analogues à celles qu'on observe dans certaines intoxications ; cliniquement enfin on voit des états toxiques ou infectieux produire un syndrôme confusionnel avec stupeur, très analogue à la Démence Précoce, et qui peut même, devenant chronique, se confondre tout à fait, symptômatologiquement tout au moins, avec la Démence Précoce primitive la plus légitime.

En ce qui concerne la *Psychose Périodique*, quoiqu'un certain nombre de faits permettent de supposer que l'auto-intoxication peut jouer un rôle dans la production et la forme des accès, comme en somme cette supposition est encore très hypothétique à l'heure actuelle, nous la placerons dans le groupe des psychoses dues à un déséquilibre psychique constitutionnel ; elle se développe en effet très généralement sur le terrain d'une constitution psychique anormale et l'on ne peut la séparer de la Cyclothymie et des états obsédants qui s'y associent si souvent.

Ainsi, partant des troubles mentaux qui apparaissent le plus nettement comme acquis et déterminés par une cause entièrement extrinsèque, pour remonter progressivement, en suivant autant que possible l'influence décroissante des causes extérieures et l'importance croissante de la prédisposition, jusqu'aux psychoses qui apparaissent avec évidence comme totalement conditionnées par une anomalie psychique congénitale et dont le dernier terme est l'idiotie congénitale, nous rangerons tous les états psychopathiques dans les six grands groupes suivants, dont nous exposerons un peu plus loin la constitution détaillée :

I. Psychoses organiques proprement dites.

II. Psychoses toxiques.

III. Démence Précoce.

IV. Psychose Systématisée Primitive.

V. Psychoses dues à une agénésie psychique partielle (Déséquilibre mental).

VI. Psychoses dues à une agénésie psychique globale.

Que deviennent dans notre Classification les syndrômes mentaux ? Il faut d'abord remarquer qu'en pathologie mentale le mot syndrôme ne conserve pas le sens précis qu'il a, par

exemple, en pathologie nerveuse; les syndrômes comprennent tous les complexus symptômatiques qui, bien déterminés cliniquement, relèvent de causes diverses, peuvent apparaître dans des maladies différentes, qui sont quelquefois il est vrai si pathognomoniques que leur présence suffit à faire supposer l'existence de telle ou telle maladie (par exemple la catatonie par rapport à la Démence Précoce), mais dont il n'est pas encore absolument démontré qu'ils ne puissent exister avec le même aspect clinique dans des conditions étiologiques différentes. Comme syndrômes mentaux doivent être considérés: l'excitation maniaque, la dépression mélancolique, la confusion mentale, la catatonie, la démence, l'idiotie, etc., toutes manifestations cliniques qui peuvent s'observer dans des états nosologiquement très différents. Par conséquent, en vertu du principe directeur de notre classification, le même syndrôme pourra figurer dans des groupes très divers. Ainsi on ne devra pas s'étonner de voir par exemple l'idiotie placée d'abord avec les psychoses acquises (organiques et auto-toxiques) et plus loin avec les psychoses constitutionnelles. Si dans les traités classiques l'on étudie le plus souvent toutes les formes de l'idiotie dans un même chapitre, c'est en raison de considérations didactiques, tandis que la nosologie et la pathogénie doivent autant que possible nous guider ici.

On sera peut-être surpris de trouver en tête d'une classification des maladies mentales des états morbides comme l'aphasie, l'apraxie, etc. . . . Nous les y avons placés parce que ces troubles de l'intelligence, qui ne visent que les fonctions intellectuelles de relation, laissant intacte la personnalité psychique, nous semblent constituer une zône de transition entre la neurologie et la psychiatrie. Notre classification commence ainsi sur le terrain où se termine la pathologie nerveuse proprement dite, pour envisager ensuite successivement des états morbides relevant de plus en plus de la psychiatrie pure; elle présente donc un développement méthodique qui lui permet d'échapper au reproche de n'être qu'une simple nomenclature.

Nous n'avons pas constitué de groupes spéciaux pour les *névroses*, les psychoses *traumatiques*, les psychoses *d'involution*.

Rompant avec une habitude très générale nous avons supprimé le groupe traditionnel des *Névroses* parce que la conservation de ce groupe nous paraît absolument injustifiée; si

l'on recherche en effet quels sont les caractères des névroses, on ne peut en trouver que deux : l'ignorance de la cause pathogène, l'existence d'un état moteur anormal (tremblement, convulsions, mouvements choréiques) ; ces deux caractères ne nous paraissent présenter aucune valeur classificatrice, et nous nous refusons à mettre dans un seul et même groupe tous les troubles mentaux de l'hystérie, tous ceux de la chorée, de l'épilepsie, de la maladie de PARKINSON, de la maladie de BASEDOW etc. ; ces états psychopathiques nombreux et de nature très différente, doivent être dissociés et se rangeront facilement dans les divers groupes de la classification. Les psychoses de la maladie de PARKINSON comprennent des troubles mentaux dus à l'artério-sclérose cérébrale, des psychoses confusionnelles identiques aux psychoses auto-toxiques, et, plus rarement, des états psychopathiques relevant de la constitution neuro-arthritique. L'hystérie doit se placer avec les psychoses constitutionnelles. La maladie de BASEDOW s'accompagne de troubles mentaux divers dont les uns paraissent dus à l'hyperfonction glandulaire et doivent ainsi rentrer dans le groupe des psychoses auto-toxiques, et dont les autres ne sont que des manifestations de la dégénérescence de l'appareil psychique. Les psychoses des chorées paraissent appartenir pour la plupart à cette dernière variété.

Enfin en ce qui concerne l'épilepsie, nous pensons que celle-ci ne peut être considérée actuellement que comme un syndrôme apparaissant sous l'influence d'états pathologiques divers et que, par conséquent, les troubles psychiques épileptiques ne peuvent pas davantage être classés dans un groupe unique.

Pour des raisons analogues nous n'avons pas voulu isoler les psychoses *traumatiques ;* en effet les troubles psychiques qui s'observent *à l'occasion* d'un traumatisme sont absolument hétérogènes : les uns relèvent directement du traumatisme qui a produit une véritable lésion ou une perturbation fonctionnelle des éléments nerveux et font partie des psychoses acquises ; pour les autres la prépondérance pathogénique appartient à la constitution psychique, anormale surtout au point de vue de l'émotivité et de la suggestibilité, le traumatisme n'étant plus que la cause occasionnelle ; ces deux catégories de psychoses traumatiques sont aussi différentes par le pronostic et le traitement que par la pathogénie.

En ce qui concerne les *psychoses d'involution*, nous avions tout d'abord songé à constituer un groupe spécial pour les troubles psychiques liés au développement de l'individu ; mais à la réflexion il nous a paru qu'il n'existe pas encore, au moins d'une façon certaine, de psychopathies caractéristiques de l'involution ou de l'évolution. Il semble bien que tous les troubles mentaux, décrits actuellement à ces deux périodes de la vie, peuvent prendre place dans les autres groupes ; la Démence Précoce, les psychoses auto-toxiques, les psychoses organiques (artério-sclérose surtout) en revendiqueront le plus grand nombre. La seule mélancolie, dite d'involution, ne peut plus nous autoriser à former un groupe à part, puisque de l'avis même de celui qui l'avait isolée, elle doit rentrer désormais dans la Psychose dénommée par quelques auteurs Maniaque-dépressive.

III. CLASSIFICATION

A) **Psychoses* acquises, secondaires à une cause extérieure évidente.**

Nous les diviserons en deux catégories : les psychoses organiques proprement dites, et les psychoses toxiques.

I. Les psychoses organiques

comprennent trois groupes :

a) *Troubles intellectuels dus à des encéphalopathies circonscrites :*

Aphasie, paraphasie.

Agnosie.

Apraxie, dyspraxie.

Troubles de la mimique émotionnelle, etc.

b) *Psychoses aiguës dues à des encéphalopathies étendues :*

Coma, obnubilation, sommeil et somnolence pathologiques, confusion mentale, délire onirique, etc.

* Dans le cours de cet exposé, le terme *psychose* sera pris dans le sens le plus général de trouble psychique, psychopathie, etc. La terminologie se trouve ainsi simplifiée.

c) *Psychoses chroniques dues à des encéphalopathies étendues :*

Paralysie générale.

Démence artério-scléreuse.

Affaiblissement et démence séniles.

Idiotie acquise * etc.

II. Les psychoses toxiques.

La prédisposition y est déjà souvent plus apparente. Elles comprennent trois groupes :

a) *Psychoses infectieuses* (intoxication microbienne).

Le délire aigu, les délires fébriles, les délires des septicémies, de l'état puerpéral, du rhumatisme articulaire aigu, de la rage, de la variole, de la fièvre typhoïde, etc.

b) *Psychoses d'auto-intoxication.*

1. Par hyperfonction glandulaire : une seule variété bien connue actuellement : thyroïdienne. En fait de psychoses de la maladie de Basndow, il ne faut comprendre ici que l'état psychique réellement basedowien, et non les diverses psychoses qui peuvent s'y associer et qui sont conditionnées essentiellement par un terrain dégénératif.

2. Par insuffisance glandulaire (hépatique, rénale, thyroïdienne, parathyroïdienne, thymique, surrénale, hypophysaire, testiculaire, ovarienne, polyglandulaire, etc.) :

délire de rêve, délire onirique, confusion mentale,

délire brightique, diabétique, etc.,

idiotie myxoedémateuse,

asthénies diverses,

psychoses d'épuisement,

psychose polynévritique (peut se placer ici, servant de transition avec le groupe suivant).

* Nous plaçons ici les variétés d'idiotie s'accompagnant de diplégie, d'hémiplégie, de paraplégie spasmodique infantiles, etc., dues aux diverses affections qui peuvent entraîner des lésions ou des arrêts de dévelopement dans un cerveau originellement bien constitué. C'est un groupe très différent, au point de vue pathogénique, des idioties dues à des insuffisances glandulaires, dont la place est plus bas, — et de celles qui sont entièrement conditionnées par des agénésies, des anomalies *réellement* constitutionnelles de l'encéphale, qui s'accompagnent toujours de nombreuses malformations apparentes en divers points de l'organisme, et qui représentent le type le plus complet de la psychose constitutionnelle.

c) *Psychoses dues à une intoxication exogène :*

1. Chroniques. Le poison exogène agissant très fréquemment sur le foie et le rein, il en résulte une insuffisance hépato-rénale qui devient à son tour facteur pathogène de ces psychoses ; celles-ci relèvent donc le plus souvent à la fois du poison exogène lui-même et de l'auto-intoxication.

Alcool, plomb, tabac, morphine, cocaïne, chloral, etc.

2. Transitoires. Ivresses de l'alcool, de l'opium, du haschisch, de l'oxyde de carbone, du tabac, etc.

B) **Psychoses primitives, à prédisposition souvent latente :**

Cette catégorie ne contient que la Démence Précoce et la Psychose Systématisée Progressive ; nous avons exposé plus haut (p. 7) les raisons pour lesquelles nous les plaçons ici.

III. La Démence Précoce.

a) Formes *simple, catatonique, hébéphrénique.*

b) Forme *paranoïde.*

IV. La Psychose Systématisée Progressive.

Cette forme psychopathique comprend les délires décrits en France sous les noms de : Délire de persécution à évolution systématique de Lasègue-Falret, Délire chronique de Magnan, Psychose systématisée progressive, etc., c'est-à-dire les délires hallucinatoires bien systématisés que Kraepelin sous le nom de Délires systématisés fantasques fait rentrer dans la Démence Précoce, mais que la plupart des auteurs sont d'avis d'en détacher.

C) **Psychoses constitutionnelles, conditionnées nettement par l'anomalie psychique.**

Elles doivent être divisées en deux groupes :

V. Psychoses dues à une agénésie psychique partielle.

(Déséquilibre mental.)

a) *Trouble du jugement et orgueil pathologique* (constitution paranoiaque),

délires à idée prévalente, délires de revendication (persécutés-persécuteurs, inventeurs, régicides, mystiques, érotiques, etc.) ;

b) *Trouble du sens critique,*

délire d'interprétation ;

c) *Trouble de l'humeur,*

excités et déprimés constitutionnels,

cyclothymie.

Psychose périodique (correspond à la Psychose maniaque-dépressive de Kraepelin et aux différentes formes décrites autrefois en France sous les noms de folie circulaire, folie à double forme, etc.)

d) *Trouble de l'émotivité,*

névrose d'angoisse

états obsédants

psychasténie (douteurs, scrupuleux, phobiques).

e) *Suggestibilité pathologique,*

hystérie.

f) *Troubles des instincts et de la volonté,*

perversions instinctives, impulsions (invertis sexuels, sadiques, exhibitionnistes, fous moraux, kleptomanes, mythomanes, toxicomanes, etc.)

VI. Psychoses dues à une agénésie psychique globale.

Se résument en un seul syndrome psychique:

l'Idiotie congénitale.

Divers degrés, très artificiels et sans limites nettes: débilité mentale, arriération intellectuelle, imbécillité, idiotie proprement dite.

Formes cliniques: grand idiot congénital à anomalies morphologiques nombreuses, idiot mongolien, idiot microcéphale, idiot amaurotique familial, etc.

L'état morbide relève ici de causes agissant par le mécanisme obscur de l'hérédité sur le germe même et sur la constitution de l'embryon. C'est le plus haut degré de la prédisposition.

Tableau d'ensemble de la classification:

I. Les Psychoses organiques	*a)* troubles intellectuels dus à des encéphalopathies circonscrites. *aphasie, apraxie, troubles de la mimique émotionnelle,* etc. *b)* psychoses aiguës dues à des encéphalopathies étendues. *coma, confusion mentale,* etc. *c)* psychoses chroniques dues à des encéphalopathies étendues. *paralysie générale, démence artério-scléreuse, démence sénile, idiotie acquise,* etc.

A) Psychoses acquises, secondaires à une cause extérieure évidente **II.** Les Psychoses toxiques	*a)* psychoses infectieuses (intoxication microbienne). *délire aigu; délires fébriles, délires des septicémies, de l'état puerpéral*, etc. *b)* psychoses auto-toxiques 1. par hyperfonctionnement glandulaire. *troubles psychiques de la maladie de Basedow.* 2. par insuffisance glandulaire. — (hépatique, rénale, thyroïdienne, surrénale, ovarienne, etc.) *confusion mentale, délire onirique, délire brightique, diabétique, asthénies diverses, psychoses d'épuisement, idiotie myxœdémateuse*, etc. *c)* psychoses exo-toxiques 1. chroniques. — *alcool, plomb, tabac, morphine*, etc. 2. transitoires. — *ivresses de l'alcool, de l'opium, du haschish*, etc.
III. La Démence Précoce *B)* Psychoses primitives à prédisposition souvent latente	*a)* formes : *simple* *catatonique* *hébéphrénique* *b)* forme *paranoïde*
IV. La Psychose Systématisée progressive	*Psychose systématisée progressive, Délire de persécution à évolution systématique de Lasègue-Falret, Délire chronique de Magnan*, etc.
V. Les Psychoses dues à une agénésie psychique partielle (Déséquilibre mental) *C)* Psychoses constitutionnelles, conditionnées nettement par une anomalie psychique	*a)* trouble du jugement et orgueil pathologique (constitution paranoiaque). *délires à idée prévalente, délires de revendication, persécutés-persécuteurs, inventeurs, régicides*, etc. *b)* trouble du sens critique. *délire d'interprétation.* *c)* trouble de l'humeur. *cyclothymie, psychose périodique, excités et déprimés constitutionnels*, etc. *d)* trouble de l'émotivité. *névrose d'angoisse, états obsédants, psychasthénie, douteurs, scrupuleux, phobiques*, etc. *e)* suggestibilité pathologique. *hystérie.* *f)* troubles des instincts et de la volonté. *perversions instinctives, impulsions, fous moraux, kleptomanes, mythomanes*, etc.
VI. Les Psychoses dues à une agénésie psychique globale (Idiotie congénitale)	*a)* formes cliniques caractérisées par le degré de l'agénésie psychique. *débilité mentale, imbécillité, idiotie proprement dite.* *b)* formes cliniques caractérisées par les anomalies morphologiques. *idiot mongolien, idiot microcéphale, idiot amaurotique familial*, etc.

Quelques généralités sur la classification rationnelle des maladies mentales.

Par le Dr P. KERAVAL, Médecin de l'asile Sainte-Anne, Paris.

Actuellement le principe d'une classification naturelle réside dans l'adoption d'un caractère type qui sert d'échelon supérieur à toute une série de caractères subordonnés. Le problème consiste donc à trouver le caractère qui mérite la suprématie et à fixer la gradation descendante et légitime des autres caractères. C'est ce qui se fait, par exemple, en zoologie et en botanique. On a réalisé une méthode semblable en pathologie ordinaire le jour où l'anatomie pathologique a révélé qu'un ensemble donné de phénomènes cliniques correspondait à des lésions déterminées. La classification artificielle a alors cédé le pas à des divisions rationnelles par systèmes organiques et par altérations. On est même allé plus loin : on a réparti les lésions d'après les causes, et, découvrant successivement l'agent pathogène, son mode d'action sur les tissus, et, par suite, le mécanisme des troubles morbides ainsi que leur évolution, on a subordonné les modifications de structure à l'étiologie matérielle dont elles dérivent avec leur chaîne symptomatique ; la classification des entités morbides est devenue étiologique de purement anatomique qu'elle était alors.

Ces résultats sont trop généralement connus pour qu'ils nécessitent de plus amples développements. Il suffirait d'invoquer les maladies du système nerveux pour les appuyer d'exemples topiques.

Peuvent-ils être appliqués à la pathologie mentale?

Sans être pessimiste, sans nier les efforts considérables des chercheurs de toute catégorie, il faut bien cependant avoir le courage d'avouer que l'anatomie normale et pathologique, la physiologie, l'étiologie, la pathogénie n'ont pas encore permis de préciser, dans cette branche des connaissances humaines, un caractère susceptible de servir de norme unique à une classification. On ne peut donc y espérer qu'une clas-

sification imparfaite; les variétés d'opinions sur les manifestations morbides viennent à l'appui de cette assertion.

Quand on envisage l'ensemble des classifications adoptées ou proposées depuis ESQUIROL jusqu'à nos jours, on suit justement les recherches de la clinique et des sciences connexes par lesquelles on s'est efforcé d'établir des groupes pathologiques entre les phénomènes qui se présentaient à l'observation. Ici c'est la continuité de l'enchaînement des symptômes qui provoque la création d'un complexus symptomatique. Là c'est la permanence du complexus symptomatique qui inspire la dénomination d'une maladie mentale. Ailleurs c'est par les lésions qui semblent correspondre à une catégorie de manifestations qu'on arrive à une entité morbide particulière et qu'on tente de remonter aux causes génératrices. Enfin l'évolution et l'étiologie, qui toujours inquiètent les psychiatres, deviennent, en maintes circonstances, les bases de la terminologie.

Les noms des savants français et étrangers qui ont fait école sont sur toutes les lèvres, et l'évocation de leurs figures indique que l'unité ne s'est pas faite encore dans ce vaste domaine de la psychiatrie. La pathologie mentale en un mot comprend des tableaux hétérogènes qui ne sont encore justiciables que de principes de classification divers.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue l'histoire des classifications. L'objet d'un Congrès est, à notre avis, de constater où l'on en est, et de choisir entre les théories du moment celles qui renferment la plus grand part de vérité ou qui, tout au moins, ont une étoffe suffisante pour servir de point de départ aux efforts ultérieurs.

Il n'y a pas si longtemps, cela date d'hier, que des auteurs recommandables écrivaient* que «les maladies mentales ne sont pas des entités morbides»; que «il n'existe que des syndromes mentaux dont l'évolution est très souvent irrégulière»; qu' «une classification des maladies mentales n'est

* L. MARCHAND: Manuel de médecine mentale. Paris 1908, p. 7. — Voyez aussi WHITE: Types in mental disease. The Journal of nerv. and ment. disease XXXIII. N° 4, p. 254, 1906. — ZIEHEN: Über einige Lücken und Schwierigkeiten der Gruppierung der Geisteskrankheiten. Monatsschr. f. Psychiat. XV, p. 147, 1904. — KLINCKE: Wie kann ein besseres Verständnis den Geisteskranken gegenüber angebahnt werden? Deutsche Praxis. Zeitschr. f. Ärzte. N° 4—6, 1901.

pas possible, car on ne peut, dans une telle classification, tenir compte à la fois de leur étiologie, de leur pathogénie, de leur évolution, de leur pronostic, de leur anatomie pathologique».

Si telle est l'impression qu'a laissée dans leur esprit la pratique de la médecine mentale, c'est qu'ils ont surtout été frappés par la variété des origines et du développement de certains troubles psychiques qui, tout autonomes qu'ils puissent paraître, sont soumis à des influences physiques et personnelles dissemblables. Il en est cependant dont la ténacité et la marche, aiguë ou chronique, sont comparables à celles des affections ordinaires qualifiées d'entités nosologiques. Mais l'analyse de ces dernières nous force à constater que, malgré leur avènement dans la classification, fort insuffisantes sont nos connaissances sur les causes et, surtout, sur le mécanisme des processus qui les ont engendrées. Si microbienne, par exemple, que soit la pneumonie franche, il est évident qu'elle procède de conditions somatiques et extérieures qui précèdent l'invasion ou la génération du microbe ; qu'il se passe, avant l'explosion de la maladie, *à fortiori* avant la production des lésions, à l'intérieur de l'économie, des perturbations physiques, chimiques et biologiques qui aboutissant aux accidents de tous ordres que nous réunissons aujourd'hui sous le nom générique de pneumonie ; ces perturbations nous échappent ; en un mot, la préparation à la pneumonie, subie par le milieu histologique vivant, est subordonnée à des actions extérieures et intérieures que nous ignorons ; la nature de cette préparation nous est inconnue. Eh bien !

Si l'examen clinique se solde encore, en fin de compte, par une forte proportion d'ignorance quand il s'agit d'apprécier des maladies matérielles classées, qui affectent des appareils dont l'anatomie et la physiologie font image à notre esprit, on conçoit que le doute puisse s'emparer du psychiatre, sur un terrain où le déterminisme fonctionnel du mental laisse beaucoup à désirer.

En d'autres termes, la recherche des problèmes multiples qui se posent en face des phénomènes normaux et pathologiques de la vie intellectuelle n'a pas encore fourni des données uniformes.

De là la mosaïque des classifications contemporaines.

Nous allons essayer de résumer les grands mouvements récents qui les ont orientées, et les doctrines qui en ont été l'âme.

*

I. Quand on se reporte aux recueils qui exposent la substance des travaux effectués dans ces douze dernières années, on est avant tout frappé par l'étiquette des **Psychoses Toxiques.**

Un poison envahit l'économie et y engendre des désordres psychiques.

C'est la nature du poison qui va, tout naturellement, servir de pivot à la subdivision.

A) Il est des poisons *exogènes*, tels que l'alcool, l'éther, la morphine, le plomb, la cocaïne etc. qui sont les agents des psychopathies de l'alcoolisme, de l'éthéromanie, du saturnisme, dn morphinisme, du cocaïnisme et *tutti quanti.*

B) Il en est d'autres qui sont dûs aux *germes infectieux* ou germes pathogènes inhérents aux maladies infectieuses et à leurs toxines. Citons ceux de la puerpéralité, de l'influenza, du paludisme, de la rage qui ont pour complexus morbides des états délirants, hallucinatoires et confusionnels.

C) Enfin un troisième groupe de poisons psychopathogènes proviendrait des *troubles du métabolisme endogènes;* l'économie se fabrique des poisons de l'intelligence ; ce sont des *auto-intoxications.* Les manifestations mentales des auto-intoxications, onéiriformes, confusionnelles ou hallucinatoires trahiraient souvent l'insuffisance organique d'un viscère ou de plusieurs, des reins, du foie, des glandes, *etc.*

Cette troisième espèce, tout attrayante que soit l'idée qui a présidé à sa naissance, basée du reste sur une pléiade d'observations et d'investigations des plus intéressantes, n'est pas toujours aussi démontrée qu'on le voudrait, pour deux raisons. La première c'est que tous les malades dont les viscères, les glandes, ou les systèmes organiques sont manifestement défectueux ne présentent pas des troubles intellectuels. En second lieu, le corps du délit, le poison, l'autotoxine n'est pas isolable à merci soit cliniquement, soit biologiquement, soit expérimentalement.

Il se pose, par suite, une question qui domine peu ou prou, les trois espèces de psychoses toxiques.

Comment se fait-il que, toutes choses étant égales d'ailleurs, toute personne ne réagisse pas, sans exception, mentalement, à l'action d'un agent d'intoxication quelconque? Comment se fait-il que ceux dont le psychique est atteint ne réagissent pas identiquement? Il semblerait qu'il doive toujours y avoir en pareil cas un trouble mental, en quelque sorte mécanique, et qu'il doive constamment affecter le même mode.

Pour expliquer ces dérogations, on a supposé que la *prédisposition* était nécessaire. On l'a invoqnée même pour les poisons proprement dits, qui se traduisent suivant les sujets par des modalités de réactions différentes, qu'elles s'appellent agitations, confusions, délires; on a fait remarquer aussi que les unes sont passagères, tandis que les autres laissent des reliquats durables. Le mécanisme de l'action toxique, a-t-on dit, doit donc différer, même quand les conditions de dose, d'absorption, et d'excrétion du toxique sont les mêmes; cette différence dans le mécanisme, on l'impute à la différence du substratum psychique.

II. Un autre groupe assez généralement accepté est celui des **psychonévroses**.

Les épileptiques, hystériques, et autres névrosés plus ou moins convulsivants présentent fréquemment des troubles mentaux. Supposant un processus ascendant, on tendrait à les imputer aux affections nerveuses qui les ont précédés.

Il va de soi que cette classe ne saurait être que provisoire. La pathogénie des névroses est en effet soumise à des investigations qui, fort probablement, aboutiront à la dissociation du groupe neurologique. Les perturbations métaboliques, viscérales ou autres, qui dérivent des maladies nerveuses en question, si tant est qu'elles ne les produisent pas, pourraient bien, elles aussi, engendrer les troubles intellectuels enregistrés. Mais il est, à notre sens, prudent de laisser subsister les psychonévroses, en attendant les résultats définitifs des recherches en cours.

III. Nous abordons maintenant un troisième cadre qui confine à la médecine générale, tant par les signes matériels dont s'accompagnent les troubles mentaux que par les lésions rencontrées à l'autopsie. Il porte le nom de **psychoses organiques**. On y loge, par exemple, la paralysie générale, la démence post-alcoolique, la démence sénile, la démence par lésions vasculaires ou autres du cerveau, la démence précoce.

Les altérations dont la paralysie générale est prodigue justifient l'adjectif d'organiques. Il est vrai, par contre, qu'elles justifient en même temps les hypothèses relatives à son origine infectieuse et autotoxique, par la syphilis ou autrement, et à la genèse correspondante de ses modalités cliniques. Quoi qu'il en soit, en attendant la solution de ces questions, il nous paraît indiqué de maintenir les psychoses organiques.

Les trois autres démences, alcoolique, sénile, artérielle, étant caractérisées par des lésions palpables, rentrent dans la même catégorie.

Nous n'en dirons pas autant de la démence précoce que l'on range souvent aussi, du reste, dans les psychoses fonctionnelles. Son anatomie pathologique ne nous semble pas établie.

IV. En revanche on pourrait classer dans les psychoses organiques les troubles intellectuels par arrêt de développement qui sont occasionnés par des affections cérébrales intra-utérines ou infantiles précoces. Mais la période de l'évolution physiologique à laquelle elles surviennent en fait un groupe à part, celui des **psychoses par arrêt de développement** ou **par trouble du développement**.

Telles sont l'idiotie, l'imbécillité, le crétinisme, les débilités mentales, et leurs variétés.

Il ne faut néanmoins pas perdre de vue l'influence toxique, toxi-infectieuse et glandulaire qui intervient dans ces psychopathies, ou anomalies, appelées parfois monstruosités.

V. Il nous reste à examiner un vaste chapitre. Il a trait aux **psychoses fontionnelles,** aux psychoses qui ne laissent transparaître aucun élément anatomo-pathologique dûment responsable. Il s'agit, en réalité, de la folie proprement dite. Nous y distinguons la manie, la mélancolie, la folie circulaire et périodique, les délires systématisés ou paranoïas, la dégénérescence mentale et ses stigmates ou syndromes, le délire aigu, la démence précoce.*

Nous sommes amené ainsi à parler des remaniements qui se sont effectués dans ces dernières années.

A) Faut-il distraire du groupe des psychoses fonction-

* Nous ne parlons pas de la démence vésanique qui, en tant que mode de terminaison des vésanies, ne peutêtre tenue pour une entité morbide.

nelles la *démence précoce* rattachée, ainsi que nous l'avons dit *supra*, à la folie organique? Que faut-il penser de cette nouvelle entité? Existe-t-elle? Comprend-elle certaines formes et les plus anciennes des délires systématisés? Quelle différence y a-t-il entre la prédisposition que certains auteurs refusent à la démence précoce et la dégénérescence mentale?

Les symptômes sur lesquels reposent les modes proprement dits de la démence précoce, j'entends la d. pr. simple, la d. pr. hébéphrénique et la d. pr. catatonique, en font un type à part. Ils en font un type plutôt que plusieurs types parce que ces modes se mélangent fréquemment, mais ils n'éliminent pas à tout jamais la notion de la dégénérescence mentale; de plus amples observations sont à cet égard indispensables. Ce type mérite-t-il au surplus toujours le nom de démence précoce?

On n'est en droit de parler de démence précoce que dans les cas où il s'installe un affaiblissement des facultés véritablement démentiel; dans les autres cas, les plus nombreux, il s'agit plutôt d'un désordre chronique, d'une disharmonie chronique des facultés. Et encore est-il nécessaire que cet affaiblissement démentiel soit précoce par rapport à l'âge du patient comme aussi à la durée de la maladie.

Existe-t-il une quatrième forme de démence précoce absorbant le délire systématisé chronique? La démence précoce paranoïde doit-elle être conservée? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative. Les poussées de délire plus ou moins systématisé de certains déments précoces, d'ailleurs curables, restent, comme devant, des poussées délirantes plus ou moins hallucinatoires, de prédisposés, ou comme l'a signalé M. Magnan, de dégénérés.

Quant aux délires systématisés des Lasègue, Falret, Magnan, ils ont, à notre avis, une indépendance qui les sépare de la démence précoce.

Nous proposerons donc d'admettre une démence précoce, simple, hébéphrénique, catatonique, tout en faisant des réserves sur l'exactitude de l'expression démence précoce.

Convient-il de regarder cette démence précoce comme une psychose fonctionnelle? Faut-il, au contraire, l'agréger aux psychoses organiques?

Nous ne méconnaissons pas l'importance des mémoires qui ont, en plusieurs cas, mis en évidence des lésions; mais

il faut aussi tenir compte du contraste qui oppose ces cas aux faits dans lesquels le complexus mental disparaît, dans lesquels s'effectue une guérison tantôt relative, tantôt complète, il faut encore tenir compte de la variété des lésions décrites. On répugne, par suite, à une généralisation hâtive et l'on se demande s'il ne vaut pas mieux, jusqu'à nouvel ordre, considérer la démence précoce comme une psychose fonctionnelle.

B) Un autre gros problème est soulevé par la *Manie* et la *Mélancolie*. Il y a bien longtemps que les aliénistes éprouvent des doutes sur la nature de ces syndrômes. Nul n'ignore que M. Magnan en fait des éléments simples. M. Kroepelin les supprime, M. Magnan admet les folies périodiques, circulaires etc., M. Kroepelin absorbe dans la folie maniaque dépressive toutes les manies, toutes les mélancolies, toutes les psychoses de ce genre plus ou moins rémittentes, intermittentes, de cycles divers.

Nul cependant n'a prétendu qu'elles ne fussent pas des psychoses fonctionnelles. Tout le monde s'entend, aussi je crois pouvoir les considérer comme affectives.

Mais là où M. Kroepelin diffère de tout le monde, c'est en niant que l'orientation des troubles de l'humeur soit jamais unilatérale. Pour lui, c'est une oscillation ; d'où le terme de folie maniaque dépressive qui, par l'accolement des deux adjectifs, fusionne les deux symptômes et proclame leur instabilité. Seulement leur fusion, leur instabilité se fait suivant des modes qui en déterminent le dessin. Il n'y aurait plus, en tout cas, d'accès maniaque pur unique, d'accès mélancolique vrai.

Nous ne nous croyons pas autorisé à trancher le débat.

C) Plus affirmatif nous montrerons-nous en ce qui concerne la catégorie des psychoses fonctionnelles englobées sous l'expression de *délires systématisés*, de paranoïas. Nous les avons déjà séparés de la démence précoce ; nous avons dit aussi que nous ne leur reconnaissons pas de substratum pathologique matériel, du moins jusqu'à présent. Deux grandes espèces sont à distinguer. Ce sont le délire franchement systématisé des Lasègue, Falret, Magnan, et le délire des persécutés persécuteurs processifs. Dans le premier, la prédisposition est moins frappante ; dans le dernier, les caractères de la dégénérescence mentale sont peut-être bien prédominants. Quant aux bouffées délirantes, à éliminer de la démence pré-

coce, elles trahissent, à l'exemple du délire d'interprétation, une mauvaise construction de l'organe psychique qui, si l'on ne consent pas à la ranger dans la dégénérescence mentale, est cependant distincte de la prédisposition proprement dite.

D) Ceci nous conduit à dire un mot de la théorie de la *dégénérescence mentale*. Elle comprend l'étude de la prédisposition, de la tare héréditaire congénitale ou tardive. Mais elle comporte quelque chose de plus. En effet à côté des signes ou stigmates physiques nettement objectifs des idiots, arriérés, débiles, anormaux quelconques, on y trouve des stigmates psychiques. Ceux-ci peuvent exister seuls ; alors la dégénérescence mentale ne se révèle que par des troubles instinctifs, des troubles de la volonté, des troubles de l'émotivité. On tend aujourd'hui, pour cette raison, à la rejeter en disant que ces malades ne sont pas plus dégénérés que les autres ; que les obsédés, anxieux, douteurs, phobiques, amoraux, pervers, déséquilibrés, mythomanes, dipsomanes, sadiques et homosexuels ont une prédisposition d'un genre spécial, et voilà tout. Peut-être n'y a-t-il au fond en tout ceci qu'une question de mots. Sans doute de la dégénérescence mentale on a extrait la démence précoce en se fondant sur des symptômes spéciaux. Sans doute on a réfréné la propension un peu abusive qui portait à diagnostiquer à la légère la dégénérescence mentale. Mais les espèces de dégénérés que nous venons d'énumérer en dernier lieu sont tout à fait distinctes des autres. Et pas plus avec la démence précoce qu'avec la dégénérescence mentale on n'est parvenu à se débarrasser des cas douteux, inclassables et inclassés. Tout en faisant bon accueil à la démence précoce circonscrite, on peut conserver la dégénérescence mentale également délimitée.

E) Nous clorons ces généralités par l'examen du *délire aigu*. Nous n'imiterons pas l'éclectisme modeste des auteurs indécis. Que le délire aigu se présente sous la forme d'une maladie d'une seule tenue, dont l'évolution fatale est la règle, ou qu'il survienne dans le cours d'une autre maladie mentale, dans celui de la paralysie générale le plus habituellement, sous les apparences d'une complication capable, même dans la paralysie générale, de s'atténuer et de disparaître, il ressort de sa symptomatologie qu'il a une origine infectieuse ou autotoxique. Les microbes qu'on a trouvés sont encore sujets à discussion, puisqu'ils ne s'y révèlent pas invariablement

et qu'ils sont multiples ; mais la morphologie du syndrôme est une.

*

En résumé, nous pencherions pour les grandes lignes de classification suivantes :

Arrêts de développement : exemples : idiotie, imbécillité, crétinisme, débilité mentale etc.

Psychonévroses : exemples : neurasthénie, hystérie, épilepsie etc.

Psychoses toxiques

a) poisons : exemples : alcool ; plomb ; morphine, cocaïne etc.

b) infections : exemples : f. typh., rage, puerpéralité, influenza, délire aigu etc.

c) autotoxines : exemples : viscérales, glandulaires etc. ; délire aigu etc.

Psychoses organiques : exemples : paral. générale, démence alcoolique, démence senile, démence cérébro-vasculaire, etc.

Psychoses fonctionnelles : exemples : manie, mélancolie, folie maniaque dépressive, délires systématisés, démence précoce, dégénérescence mentale etc.

Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen.

Von Dr. BRESLER (Lublinitz).

Die Geschichte der psychiatrischen Klassifikationen entrollt uns ein interessantes Bild von dem zirkulären Typus des wissenschaftlichen Strebens, das bald in Analyse, bald in Synthese gipfelt. Die analytische Methode hat, soweit die deutsche Psychiatrie in Betracht kommt, ihren klassischen Höhepunkt erreicht in der speziellen Psychiatrie von KRAFFT-EBINGS und SCHÜLES. Die Sonderung der Krankheiten in Unterformen, ihre scharfe Trennung tritt hier in den Vordergrund und wird hier in meisterhafter Weise durchgeführt. Heute empfinden wir mehr die Notwendigkeit, das Gemeinsame der Einzelkrankheiten zu suchen; wir ernten dabei, was skrupulöse analytische Arbeit in Jahrzehnten gesät hat. Wir müssen aber unterscheiden, ob es sich bei der synthetischen Methode um Konzession an die Bequemlichkeit handelt, möglichst viel Krankheitsformen in einem Topf unterzubringen, um die Umgehung tieferen differentialdiagnostischen Studiums, oder um zeitgemässe, in dem Stande des Wissens begründete Anwendung neuer Methoden und Verwendung neuer Tatsachen. Auf die Gefahr wissenschaftlicher Verflachung muss gewiss in ersterem Falle bedacht genommen werden.

Die synthetische Arbeit scheint mir nun die Voraussetzung für die Erreichung des Ziels, das mit meinem heutigen Thema gesetzt ist. Je mehr man Einzelheiten zu klassifizieren sucht desto mehr gelangt einerseits Nebensächliches, andererseits Subjektives zur Geltung und die Verständigung von heute zu morgen, von Land zu Land, von Sprache zu Sprache wird erschwert. Wir brauchen eine Klassifikation, die einfach genug ist, um dem praktischen Bedürfnis der Statistik zu entsprechen, die aber auch dem wissenschaftlichen Standpunkt gerecht wird. Ich glaube, dass sich Beides wohl vereinigen lässt und habe von diesem Bestreben geleitet, die nachfolgende Klassifikation aufgestellt, die ich ihrer Kritik unterbreite:

I. *Endogene Psychosen:*

a) Konstitutionelle Depression
b) Paranoia,
c) Epilepsie,
d) Hysterie,
e) Psychopathische Minderwertigkeiten.
1. Zwangstriebe,
2. Zwangsvorstellungen,
3. Moralisches Irresein
4. Andere endogene psychopathische Minderwertigkeiten.

II. *Toxische Psychosen:*

a) Infektionsdelirien,
b) Amentia,
c) Alkoholische Geistesstörungen,
d) Progressive Paralyse,
e) Dementia præcox,
f) Dementia senilis,
g) Thyreogene Geistesstörung,
h) Andere toxische Psychosen (auch solche mit Krämpfen), pellagröse Psychose etc.

III. *Sekundäre psychotische Zustände:*

a) Bei Entzündungen des Gehirns und seiner Häute;
b) bei Arteriosklerose;
c) bei Neubildungen;
d) bei Verletzungen;
e) andere sekundäre psychotische Zustände.

Zur *Begründung* führe ich Folgendes an:

Die Gruppe I verhält sich zur Gruppe II ungefähr wie die Neuralgien zu den Neuritiden. Es ist bekannt, dass in der Ätiologie der Neuralgien die neuropathische Disposition eine ausserordentlich bevorzugte Rolle spielt und dass das Gleiche bei den endogenen Psychosen der Fall ist. Auch der bei letzteren so häufigen Periodizität begegnen wir gar nicht selten bei den Neuralgien. Es steht ferner fest, dass bei den Neuritiden die Intoxikation das wesentlichste ätiologische Moment ist, und wir wissen, dass das Gleiche für die Psychosen der Gruppe II zutrifft; ja wir wissen, dass die meisten der unter

Gruppe II aufgeführten Formen selbst mit Neuritiden einhergehen. Bei Amentia und Delirium acutum nehmen wir zwar vorläufig nur eine Intoxikation an. Genaueres wissen wir nicht; aber die bei beiden Formen vorkommenden Neuritiden berechtigen zu der Annahme. Auf die häufige Beobachtung von Neuritis stützen wir auch die Hypothese von der toxischen Ätiologie der Dementia senilis (KORSAKOFFschen Psychose). Bei der Dementia præcox werden Toxine ebenfalls nur vermutet. Die neuesten Ergebnisse der pathologischen Histologie bei Dementia præcox zwingen aber dazu, diese Psychose unter die organischen einzureihen. Die folgende Erwägung führt zu demselben Ziel: Man hat aus der Art der erblichen Belastung bei Dementia præcox, wo organische Krankheiten überwiegen, auf die Zugehörigkeit der Dementia præcox zu den organischen Erkrankungen geschlossen, während bei periodischer Geistesstörung die Belastung durch funktionelle Psychosen überwiegt.

Schwierigkeiten scheint die Klassifikation der Epilepsie zu bereiten. Denn wenn auch die theoretische Unterscheidung einer endogenen und einer toxischen Form heute geläufig ist, so könnte doch die Auflösung der Epilepsie in diese und weitere Arten als voreilig gelten. Gleichwohl ist eine solche Auflösung nötig und nicht nur ad hoc. Wissenschaftlich betrachtet erscheinen die heutigen Epileptiker-Anstalten etwa in der Weise in ihrer Sonder-Existenz begründet, als es Huster-Anstalten oder Diarrhöiker-Anstalten sein würden. Aber die Wissenschaft ist selbst Schuld daran. Nehmen sie eins der voluminösen Bücher über Epilepsie: in althergebrachter Weise werden da die grossen Anfälle, die kleinen Anfälle, die Äquivalente, die interparoxysmellen Zustände, die psychischen Dauerzustände als Gesichtspunkte bei der Darstellung benützt, aber eine Schilderung nach den einzelnen Formen der epileptischen Erkrankungen sucht man vergeblich. In der Praxis dürfte sich aber die Verteilung der Epilepsien auf die drei Gruppen leichter gestalten als man annimmt. Sie entfallen hauptsächlich auf die Gruppe I und III, da die toxische Epilepsie selten ist und selten mit geistigen Störungen einhergeht.

Ähnlich ist es mit der Idiotie und Imbezillität. Sie werden diese Bezeichnung in meiner Klassifikation vermissen. Ein grosser Teil davon gehört unter Gruppe III, nämlich die

Schwachsinnszustände nach Gehirnentzündungen und Kopfverletzungen, auch die nach Verletzungen bei Zangengeburt; ein anderer Teil ist unter die Intoxikationen, bezw. Toxinvergiftungen durch Infektionskrankheiten zu rechnen, ein dritter endlich zu Gruppe I. Der Umstand, dass bei Kindern zu dem Ausgang der geistigen Erkrankung in geistige Schwäche naturgemäss mehr oder weniger Stillstand oder Verlangsamung der Entwicklung und Unfähigkeit zu geistigem Erwerb hinzutritt, darf die Klassifikation nicht beeinflussen, darf jedenfalls nicht dazuführen, diese Endzustände von denen der Psychosen Erwachsener zu sondern und sie noch obendrein nach dem *Grade* der geistigen Schwäche zu unterscheiden in Idiotie und Imbezillität, was wir ja bei den Geisteskrankheiten der Erwachsenen auch nicht tun.

Wie hoch wir das Bestreben, die Psychosen in möglichst viele Unterformen nach mehr oder weniger differenten Einzelsymptomen zu sondern, zu bewerten haben, dafür geben uns die Vergiftungen einen interessanten Masstab. Bei Schwefelkohlenstoff- und Kohlenoxydgasvergiftung begegnen wir den mannigfaltigsten, klinisch differentesten Symptomenkomplexen. Auf die Gefahr hin, ihnen Triviales zu sagen, erinnere ich an die Verschiedenheit der Reaktion auf selbst kleine Mengen Alkohol bei den verschienenen Individuen. Diese aus individuellen Reaktionen sich ergebende, unverkennbare Beeinflussung der Klassifikation der Psychosen erscheint mir viel wichtiger für die Normalpsychologie als für die Psychiatrie. Aber sie lehrt uns auch in letzterer, dass wir nicht ängstlich zu sein brauchen bei der Differenzierung der Unterformen Das gilt aber nicht bloss für die Psychosen mit eindeutiger exogener Ursache, sondern auch für die endogenen Psychosen und bei diesen vielleicht in noch höherem Masse. Auch hier hängt es von der individuellen Reaktion ab, ob sich die Erkrankung mehr im Gefühlsleben oder in der assoziativen Tätigkeit oder in einer Mischung beider, ob sie sich in gleichmässigem oder regelmässig oder unregelmässig periodischem Verlauf bekundet. Daraus ergibt sich aber auch, dass wir die Unterformen der exogenen Gruppe nicht als denen der exogenen in klassifikatorischem Sinne gleichwertig ansehen dürfen. Wie können sie nur den Unterformen der nach *einer* bestimmten exogenen Ursache auftretenden Erkrankungen, z. B. denen nach Alkoholvergiftung, gleichsetzen, wie ich dies durch

Hinausrücken der endogenen Formen in der Tabelle zum Ausdruck gebracht habe.

Für die Klassifikation der Psychosen sind besonders wichtig die Übergangsformen. Es ist für die Unterformen der endogenen Psychosen kennzeichnend, dass sie an Übergangskrankheiten sehr reich sind, viel reicher als die Gruppen der exogenen Psychosen. Auch dadurch wird bewiesen, dass die endogenen Geistesstörungen in klassifikatorischer Hinsicht den Formen des exogenen Irreseins nicht gleichwertig sind, dass also z. B. eine Klassifikation nicht richtig ist, welche die Paranoia als selbständige Gruppe neben die Paralyse setzt. Die wichtigsten Symptomentypen der sogenannten funktionellen Psychosen finden wir wieder bei den exogenen Formen, die Depression, die Manie, die Paranoia, die Hemmung etc.; hier sprechen wir dann von individueller Verschiedenheit des Krankheitsbildes, folglich sind es auch dort nur individuelle Verschiedenheiten.

Den alten Begriff der funktionellen Geistesstörung können wir heute fallen lassen. Nachdem auch für die grosse Gruppe der Dementia præcox anatomische Veränderungen nachgewiesen sind, ist die Zahl der «funktionellen» Geisteskrankheiten erheblich zusammengeschrumpft. Was verstehen wir unter «funktionell?» Der Vergleich mit der Neuralgie ist auch hier instruktiv. Bei einseitiger Ischias konnte nach langjährigem Bestehen des Leidens wegen zufälligen Ablebens des Patienten die genaue Untersuchung des kranken und gesunden Ischiadikus stattfinden. Der Vergleich ergab nicht die Spur eines Unterschiedes. Daraus ist zum Mindesten zu schliessen, dass die Veränderungen bei Ischias derartige sind, dass sie durch die letalen Veränderungen vernichtet werden, und dass sie uns so lange unbekannt bleiben werden, bis wir einen lebenden neuralgischen Nerv unter dem Mikroskop untersuchen können. Andererseits kann hier folgende Erwägung Platz greifen. Wir beobachten täglich, dass bei einer Reihe von psychotischen Zuständen endogener Psychosen durch Narkotika zwar der Bewusstseinszustand, nicht aber der Bewusstseinsinhalt beeinflusst wird. Wahnideen z. B. werden geäussert, so lange der Kranke noch ein Wort herausbringen kann, manische Bewegungen spielen sich beim Kranken oft noch im narkotischen Schlaf ab. Die krankhafte Nervenänderung besteht also fort neben der Veränderung, welche das narkotische Gift

hervorbringt und welche wir aus den anatomischen Befunden bei submaximaler Vergiftung kennen. Würde mit dem Begriff «funktionell» der Charakter der endogenen Psychosen oder überhaupt einer Psychose lückenlos umfasst, so wäre zu erwarten, dass so tiefgreifende Veränderungen wie die toxischen es sind, die spezifische krankhafte Funktion beeinflussen.

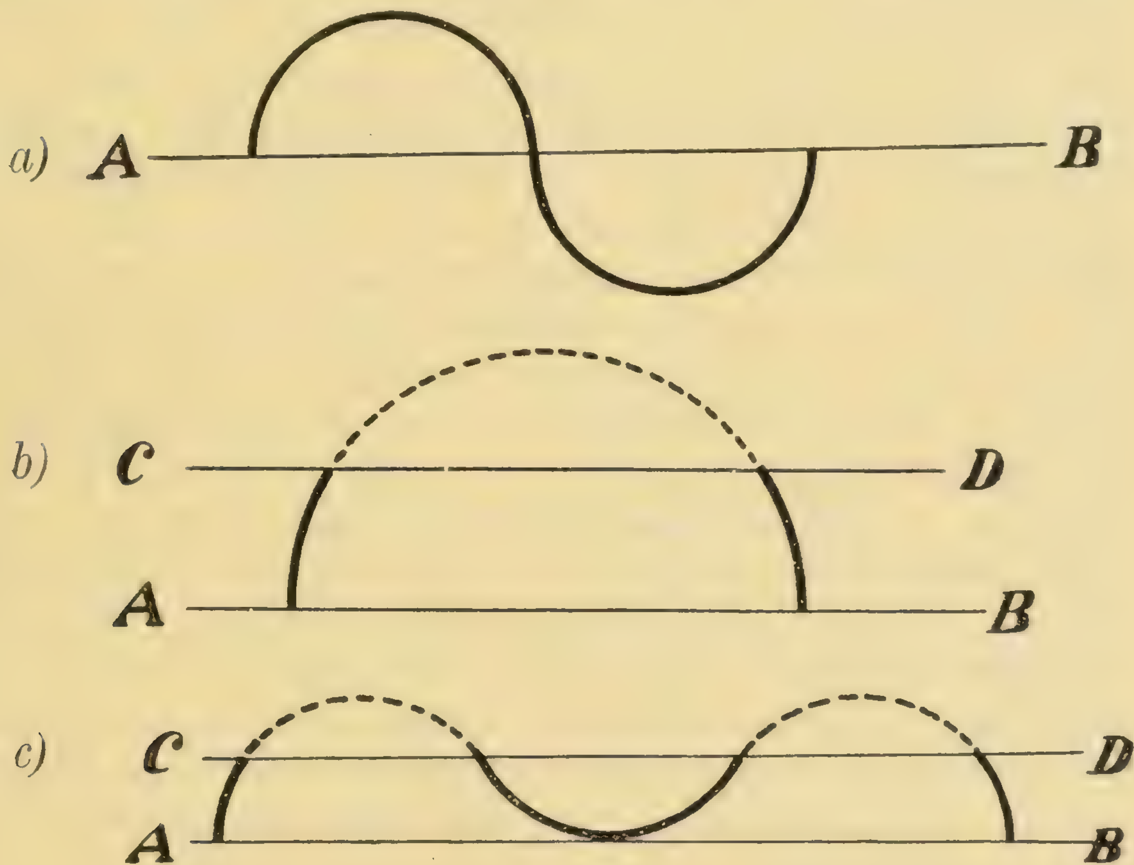
Meiner Einteilung liegt die *ätiologische* Tendenz *neben der synthetischen* zu Grunde. Gewiss vermögen wir nach ätiologischen Gesichtspunkten noch keine befriedigende Klassifikation zu geben, aber sie sind meines Erachtens diejenigen, welche an erster Stelle stehen und welche wir auch für die Zukunft als leitend gelten lassen müssen. Bei der symptomatologischen Einteilung wird immer der subjektive Faktor über die Bewertung der einzelnen Symptome mitreden und zur Uneinigkeit führen. Der Verlauf kann deshalb nicht entscheidend bleiben, weil er oft individuell verschieden ist; bei Einem verläuft die Krankheit schnell, beim Andern langsam, der Eine neigt zu Rezidiven, der Andere nicht; die Periodizität ist nur Eigenheit einer einzigen Gruppe und kommt nicht in Betracht für die Klassifikation. Die Heilbarkeit, d. h. die spontane Heilung, lässt sich erst recht nicht als Einteilungsprinzip verwerten, denn die Prognose ist ein noch viel dunkleres Gebiet als die Ätiologie. Dementia præcox-Fälle heilen. Lucus a non lucendo! Die Amentia heilt bei dem Einen, bei dem Andern nicht. Und wenn wir unter Heilbarkeit auch die künstliche Heilung noch mitverstehen, so kann uns morgen die Entdeckung eines Heilmittels zwingen, Gruppen, die wir bisher mit Rücksicht auf den Ausgang in Demenz als charakteristisch unheilbare klassifiziert haben, nunmehr anders unterzubringen. Die ätiologische Einteilung ist wissenschaftlich und praktisch die wertvollste; soweit sie noch nicht eine ideale ist, muss sie uns wenigstens als erstrebenswertes Ziel vorschweben. Die symptomatologische Einteilung ist allerdings bequemer als die ätiologische; sie legt bezüglich der Behandlung des Falles keine Verbindlichkeiten auf; ob der Fall zu dieser oder jener Symptomengruppe gehört, darüber entschliesst man sich leicht, weil bei der grossen Zahl der symptomatologischen Klassifikationen sich bald eine Gruppe findet, in welche sich der Fall endlich doch einreihen lässt. Die Unterbringung eines Falles nach ätiologischen Gesichtspunkten erfordert viel anamnestische Arbeit.

Die ätiologische Klassifikation ist derjenige Weg, der zu einer *einheitlichen* Bezeichnung der Psychosen führt. Wir finden schon bei der Betrachtung der jetzigen Klassifikationen, dass Einheitlichkeit bereits dort herrscht, wo die Ursache bekannt ist, dass aber die Meinungsverschiedenheit gerade bei den Psychosen mit unbekannter Ursache obwaltet.

Zu den einzelnen Untergruppen habe ich Folgendes zu bemerken. Die Melancholie und Manie fallen als selbständige Formen weg. Was man als akute Melancholie und akute Manie aufzuführen gewöhnt ist, rechne ich zur Amentia, die je nach individueller Veranlagung des Kranken und nach dem Grade der Erkrankung in melancholischer oder manischer Gestalt oder unter dem Bilde halluzinatorischer Verworrenheit oder akuter Paranoia in Erscheinung treten kann. Vergegenwärtigen wir uns, dass der Verlauf dieser Formen ein weitgehend übereinstimmender ist, dass zur Annahme einer Intoxikation die grösste Berechtigung vorliegt, erinnern wir uns dabei ferner an die enorme Verschiedenartigkeit der Erkrankungsgrade z. B. bei Typhus, so werden wir diese Synthese keine gewaltsame und willkürliche nennen dürfen. Es bleiben nun für die endogenen Psychosen:

a) Die konstitutionelle Depression in ihrer chronischen, periodischen und zirkulären Abart. Einen grossen Teil davon bilden die Fälle des zirkulären Irreseins. Ich räume ihnen wie auch den periodischen Manien keine selbständige Stellung ein. Denn erstens sind die typischen Fälle die weniger zahlreichen, zweitens erkenne ich den manischen Symptomenkomplex als selbständige primäre Erkrankung nicht an, vor allem aber nicht als eine Krankheit oder einen Symptomenkomplex, der den «Gegensatz» zur Depression bildet. Als ein solcher Gegensatz zur Depression wird die Manie gewöhnlich veranschaulicht, indem man in der folgenden graphischen Darstellung *(a)* die Kurve über der Linie als manische, die unter der Linie als melancholische bezeichnet, als ob gewissermassen an dem Punkte x die Linie des Normalen im Verlauf der Erkrankung überschritten würde. Der nicht selten auf der Höhe der Depression, also nicht nach Passieren eines gesunden Stadiums, plötzlich einsetzende manische Komplex ist ein Zeichen dafür, dass im Gehirnmechanismus plötzlich alle oder gewisse Hemmungsapparate, die zuvor in krankhaft intensiver Weise funktioniert hatten, ausgeschaltet sind. Die

Krankheit dauert dabei weiter und die Verlaufskurven lassen sich daher so zeichnen, wie ich es in *b* wiedergebe. Die Linie *C D* bedeutet die Grenze, bei deren Überschreiten die Hemmungen und Assoziationen plötzlich gelöst und durchbrochen werden. Der Verlauf oberhalb dieser Grenze ist durch eine punktierte Linie bezeichnet, welche also bedeutet, dass die Krankheit jetzt in einem manischen Symptomenkomplex verläuft, welcher der Kurve oberhalb der Linie in der ersten Figur entspricht. So ist es auch bei den scheinbar selbständigen, primären periodischen Manien: es sind Erkrankungen



von primärer depressiver Natur, bei denen wohl infolge individueller Anlage die Schranke *C D* leichter erreichbar und leichter überschritten ist. Wenn wir bedenken, dass es sich um Degenerationspsychosen handelt, so wird uns die Bedeutung des individuellen Faktors dabei recht verständlich. Solche Erkrankungen dürften also die nachstehende graphische Darstellung (*c*) finden.

Die konstitutionellen Depressionen haben nach zwei Richtungen Verwandte. Das eine ist die Paranoia, das andere die epileptische Psychose.

b) Die Paranoia ist die konstitutionelle Depression in einem spezifisch gearteten Gehirn. Sie wird heute für eine

seltene Krankheit gehalten, nachdem ein grosser Teil der Fälle als «paranoid» bei der Dementia præcox untergebracht worden ist. Man ist darin aber zu weit gegangen; man hat frühzeitig beginnende Paranoia irrtümlich zur Dementia præcox gerechnet. Dass die Paranoia der konstitutionellen Depression stammverwandt ist, wird gegenwärtig nicht bezweifelt, nachdem die Bedeutung des Affekts bei der Paranoia von so verschiedenen Seiten klargestellt worden ist. Ich möchte hinzufügen, dass hinter dem Grössenwahn der Paranoia ein manisches Element verborgen steckt. Dafür sprechen die zahlreich vorkommenden Grenzfälle zwischen konstitutioneller Depression mit manischem Einschlag einerseits und zwischen Paranoia andererseits, ferner der häufige plötzliche Ausbruch der Grössenideen unter Euphorie und motorischen Symptomen. Mit derselben Notwendigkeit, mit welcher sich in dem spezifisch gearteten Paranoikergehirn die Depression zum Verfolgungswahn entwickelt, führt bei ihm der manische Zustand zum Grössenwahn. Die Theorie von der logischen Entwicklung des Grössenwahns aus dem Verfolgungswahn will mir nicht recht einleuchten. Die Paranoia-Fälle mit anscheinend primärem Grössenwahn widersprechen meiner Behauptung von der Grundlage eines manischen Elements bei letzterem nicht.

c) Die andere Verwandte ist, wie gesagt, die epileptische Psychose. Die Brücke bilden die merkwürdigen Fälle leichterer periodischer Verstimmung bei Personen, welche nur höchst selten Anfälle haben oder früher einmal hatten, ferner die Fälle schwerer periodischer Depression mit Verworrenheit oder mit manischem Einschlag, die sich fast garnicht von ebensolchen Störungen bei Epileptischen unterscheiden.

d) Bei der Hysterie ist nicht gedacht an Psychosen mit hysterischen Zügen, sondern an die spezifische Charakterveränderung der Hysterischen und die spezifischen hysterischen Geistesstörungen, die allerdings, wie die Geistesstörungen unter *c*), grösstenteils unter den Begriff von Zustandsbildern mannigfacher Art fallen (Dämmerzustände, ekstatische Zustände, Verworrenheit usf.).

e) Zu einer letzten Unterabteilung seien die «Psychopathischen Minderwertigkeiten» zusammengefasst, nämlich 1. die Zwangstriebe, 2. die Zwangsvorstellungen, 3. das moralische Irresein, 4. andere endogene psychopathische Minderwertigkeiten. Erstere sind den konstitutionellen Depressionen, die

Zwangsvorstellungen der Paranoia näher verwandt. Wir wissen, dass den krankhaften Trieben oft Depressionen zu Grunde liegen, ja dass sie wie letztere oft periodisch auftreten. Den Zwangsvorstellungen liegen ebenfalls oft Depressionen zu Grunde, aber diese Depressionen strahlen hier nicht in das motorische, sondern in das assoziative Gebiet aus. Der Unterschied beruht auch hier auf der Verschiedenheit der persönlichen Anlage bei den erkrankenden Personen. Die sexuellen Psychopathen verteilen sich auf diese beiden Arten, gehören aber vorwiegend zu ersteren.

Das moralische Irresein bietet der Klassifikation grössere Schwierigkeiten. Manche wollen ja diesen Begriff überhaupt nicht gelten lassen. Der Ätiologie und klinischen Verwandtschaft nach gehören die meisten Fälle gewiss unter Gruppe I; es sei nur auf die Ähnlichkeit mancher Fälle mit periodischer Geistesstörung und auf die häufige Kombination mit Epilepsie hingewiesen. Fälle nicht endogener Ätiologie müssen eben bei Gruppe II und III untergebracht werden.

Zu I *e*) 4 dürfte eine grosse Zahl von Imbezillen und Debilen zu rechnen sein.

Die Gruppe II bietet weniger Schwierigkeiten. Zahlreiche Fälle von Idiotie und Imbezillität sind hierher zu klassifizieren als Endzustände von infantilen fieberhaften Erkrankungen. Dass der Amentia toxische Schädlichkeiten zu Grunde liegen, wird heute allgemein anerkannt, wenn auch die Ursachen im einzelnen noch nicht bekannt sind. Dass die akute Melancholie, Manie und Paranoia hierher gehören, bemerkte ich schon. Von den alkoholischen Störungen gehört hierher nicht die einfache Trunksucht; sie ist ebenso wie der Morphinismus und Cocainismus zu I *e*) zu rechnen, weil das wesentliche und Primäre die Sucht ist. Die Dementia præcox fasse ich nicht in dem jetzt üblichen sehr weiten Sinne auf, sondern mehr in dem Sinne Morels des älteren, Schüles und Anderer, doch rechne ich die Hebephrenie und Katatonie hinzu. Man geht namentlich in der Zurechnung von Paranoia-Fällen zur Dementia præcox, wie ich schon bemerkte, zu weit. Die Meinung, dass die paranoide Form der Dementia præcox in der Spätpubertät einsetzt, trifft zwar in gewissem Umfange zu, ist aber dadurch auf Irrwege geleitet worden, dass man zuviel Fälle unter den Begriff der Dementia præcox zu bringen suchte. Schon der Umstand, dass, wie zugegeben wird,

die paranoiden Fälle von Dementia präcox überhaupt nicht «dement» werden, sollte davon abhalten. Dass der Ausdruck Dementia præcox auch sonst nicht für alle Fälle, welche jetzt dazu gerechnet werden, zutrifft, ist bekannt. Dagegen ist der Bereich dieser Krankheit nach dem Kindesalter hin erheblich zu erweitern; viele Fälle von Idiotie und Imbezillität gehören hierher; desgleichen nicht wenige Fälle von Epilepsie, bei denen nicht die Periodizität, sondern die rasche Verblödung im Vordergrunde steht. Sie bilden eine mindestens ebenso wichtige Varietät, wie die paranoiden Fälle. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass der weitaus grösste Prozentsatz der Epilepsie in der Frühpubertät einsetzt, dass ferner das Gehirn in je früherem Lebensalter es erkrankt, destomehr dazu neigt, mit Krampf zu reagieren, so wird es einleuchten, dass die Zahl der Dementia præcox-Fälle mit Krämpfen, die man irrtümlich zur genuinen Epilepsie rechnet, keine unbeträchtliche ist.

Die III. Gruppe bedarf keiner besonderen Begründung. Sie wird in den meisten Lehrbüchern in dieser Weise zusammengefasst. Es gehören dazu *sekundäre* psychische Störungen in des Wortes echtester Bedeutung. Dass zahlreiche Fälle von Idiotie und Imbezillität hierher gehören (zu III *a* und *d*), bemerkte ich schon. Zu III *d* rechne ich auch die traumatischen Psychosen. Unter III *c* fallen die psychischen Störungen bei Chorea und anderen Nervenkrankheiten.

Um nun noch einmal auf die Einheitlichkeit der Nomenklatur zurückzukommen, so dürfte dem allgemeinen Gebrauch derjenigen von mir gewählten Namen, welche zugleich die Ursache angeben, kein Bedenken entgegenstehen. Die übrigen — konstitutionelle Depression, Paranoia, Epilepsie, Hysterie, psychopathische Minderwertigkeiten und Amentia — sind so allgemein bekannt, dass Zweifel nicht obwalten können. Die Bezeichnung: Dementia präcox wird gegenwärtig namentlich in der englischen und amerikanischen, teilweise auch in der französischen Fachliteratur vielfach bekämpft, aber wenn sie in dem von mir angegebenen engeren Sinne verstanden wird, dürfte sie sich auch dort leicht einbürgern. Sollte geltend gemacht werden, dass der Ausdruck Dementia nicht zutrifft, weil manche Fälle heilen, so käme es zunächst auf die Feststellung an, ob die geheilten Fälle nicht falsch diagnostiziert wurden.

Trotzdem bei der Durchführung einer ätiologischen Klassifikation eine Vermehrung der Zahl der Psychosen zu erwarten war, ist diese andererseits durch die synthetische Arbeit erheblich ausgeglichen worden. sodass meine Klassifikation, wenn man sie nach Nummern taxieren will, deren weniger besitzt, als die meisten Lehrbücher-Klassifikationen. Die Einteilungen bei den wenigen wirklich brauchbaren amtlichen Statistiken — ich hebe hervor die französische, die von Morel dem Jüngeren (1889) stammt, und die italienische von Tamburini (1908) — enthalten allerdings einige Nummern weniger, die ebenfalls sehr zweckmässige österreichisehe dagegen etwa eben so viel wie die meinige.

Und nun möchte ich noch kurz zu einem Einwand Stellung nehmen, der gegen meine Klassifikation gemacht werden wird. Gewiss lässt sich manches dagegen vorbringen, aber dieser Einwurf scheint mir der schwerwiegendste. Man wird einwenden, dass die Zusammenfassung gewisser Psychosen als endogene an sich berechtigt ist, dass sie aber dem Zweck der ätiologischen Klassifikation zuwider läuft, weil sie mit einem dunklen Begriff operiert, unter den sich alles Mögliche bringen lässt. Ich teile diese Befürchtung nicht, glaube vielmehr, dass der gewissenhafte Arzt nicht versäumen wird, bei jedem einzelnen Fall danach zu forschen, worin das Endogene beruht. Und wenn diese Frage überdies durch das Bedürfnis der Klassifikation bei jedem Falle nahegelegt wird, jedenfalls mehr urgiert wird als bei der ausschliesslich symptomatologischen Einteilung, so kann das der Wissenschaft nur förderlich sein.

Wenn die vorstehende Klassifikation der Psychosen nicht Ihre Zustimmung findet, so muss ich mich mit den Autoren der früheren und der bestehenden Klassifikationen trösten; ein jeder spricht es nämlich unumwunden aus, dass seine Einteilung eine vorläufige oder mangelhafte sei, dass sie ihn selbst nicht befriedige, dass man sich beim gegenwärtigen Stande der Wissenschaft damit begnügen müsse. Wenn Sie aber in meiner Klassifikation das Mittel erblicken nicht dazu, die Diagnose zu erleichtern und den diagnostizierten Fall schnell für die Statistik unterzubringen, sondern vielmehr bei jedem einzelnen Fall zum Erforschen der Ursache zu veranlassen, ja zu nötigen, und wenn Sie erwägen, dass sich die Klassifikation ganz in den Dienst der Ätiologie und damit in

den Dienst der Prophylaxe stellt, weil sie als erste Aufgabe und als wichtigsten Gesichtspunkt betrachtet, die Ursache der Erkrankung zu ermitteln, so — hoffe ich — werden sie diesen Versuch nicht für unwürdig der Prüfung und Vervollkommnung erachten.

Die im Verlauf der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen.

Von Professor W. v. TSCHISCH, Joariew-Dorpat.

Die im Verlauf der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen bieten der Erforschung erhebliche Schwierigkeiten dar, da es häufig keineswegs leicht, zuweilen sogar unmöglich ist die syphilitischen Arteriosklerosen von den nicht syphilitischen zu unterscheiden. Zweifellos entwickeln sich die meisten Fälle von Arteriosklerose infolge von Lues; daher gehören die im Verlauf der luetischen Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen zu den luetischen; dem Verlaufe und — hauptsächlich — dem Ausgange nach sind diese Fälle wesentlich verschieden von den auf nicht luetischer Grundlage sich entwickelnden psychischen und nervösen Störungen. Häufig werden diese Formen mit einander verwechselt; besonders oft kommen solche Verwechselungen dem Grunde vor, weil in den meisten Fällen die nervösen und psychischen Störungen infolge von luetischer Arteriosklerose viele Jahre (20 und mehr) nach der syphilitischen Ansteckung aufzutreten pflegen und der Kranke — im Glauben die Syphilis vollständig überstanden zu haben — dem Arzt nichts von der längst abgetanen Syphilis mitzuteilen für nötig hält. Vielfach — aber selbstverständlich nicht immer — sind für die Differentialdiagnose von Wichtigkeit: verhältnismässig frühzeitiges (vor dem 50. Lebensjahr) Auftreten der Arteriosklerose, Verschlimmerung des Zustandes bei schlechtem Wetter, dumpfer Kopfschmerz; in unklaren Fällen ist man gezwungen zur Diagnose ex juvantibus et nocentibus zu greifen. Wenn man von den Fällen luetischer Herkunft absieht, sind die im Verlauf der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen im grossen und ganzen nicht häufig; die auf dem Boden nicht luetischer Arteriosklerose vorkommenden Erkrankungsfälle sind jedenfalls in der Minderzahl. Da die nervösen und psychischen

Störungen luetischer Herkunft — also auch die auf syphilitischer Arteriosklerose beruhenden — eine scharf umgrenzte nosologische Gruppe bilden und gut bekannt sind, ist nunmehr unsere Aufgabe die Erforschung der betr. Störungen auf nicht luetischer arteriosklerotischer Grundlage.

Unerlässlich ist es dabei im Auge zu behalten, dass solange nicht alle Ursachen der Arteriosklerose festgestellt und die klinischen Bilder der Arteriosklerose nicht im Zusammenhange mit der auslösenden Ursache erforscht sind, wir uns bloss mit dem allgemeinen Bilde der im Verlaufe der einfachen Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen begnügen müssen.

Im allgemeinen kann man sagen, dass diese Störungen am häufigsten zwischen dem 50sten und 55sten Lebensjahre sich entwickeln; ein früheres Auftreten lässt eine luetische Ursache mutmassen; ein späteres Auftreten bedingt einen im allgemeinen günstigeren Verlauf. In den meisten Fällen ist es nicht möglich die Arteriosklerose in zuverlässiger Weise auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen. Soviel ich auf Grund eigener Erfahrungen urteilen kann entsteht die Arteriosklerose am häufigsten nach schweren Infektionskrankheiten und hängt mit der harnsauren Diathese zusammen. Vorläufig besitzen wir keine überzeugenden Beweise, die uns berechtigen würden den Missbrauch des Alkohols als eine der Ursachen der Arteriosklerose und der im Verlauf der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen anzusehen. Wir können aber als erwiesen betrachten, das die sogenannten «psychischen Ursachen» weder eine Arteriosklerose, noch im Verlauf der Arteriosklerose auftretend nervöse und psychische Störungen hervorrufen können: geistige Überanstrengung, Gemütsbewegungen usw. haben keine Bedeutung in der Ätiologie dieser Störungen.

In den meisten Fällen entwickeln sich diese Störungen schleichend und äusserst langsam; daher sind wir häufig nicht imstande den Beginn der Erkrankung genau festzustellen, oder die rein physiologische richtiger, psychologische De-Depression von den pathologischen Störungen zu trennen. Bei Männern — die Arteriosklerose und die im Verlauf der Arteriosklerose auftretenden nervösen und psychischen Störungen treten hauptsächlich bei Männern auf — stellt sich vielfach — etwa nach dem 50sten Lebensjahre — eine rein psychisch

bedingte Depression ein infolge von trüben Lebenserfahrungen; es stellt sich eine Enttäuschung ein im Hinblick auf ein vielleicht verfehltes oder unglücklich verbrachtes Leben. Gerade in diesem Lebensalter wird es Vielen klar, dass sie nun schon vom Leben nichts mehr zu erwarten haben, dass alle ihre Anstrengungen eine Carrière zu machen, sich ein Vermögen zu erwerben usw. leider erfolglos geblieben sind. Es ist daher leicht verständlich, dass nunmehr vielfach eine allgemeine psychische Depression sich einstellt, ebenso Unlust zur Arbeit, Störungen des Appetites und Schlafes. Leidet nun ein solches Individuum nicht an Arteriosklerose so pflegt sich die Depression allmählich anszugleichen, im schlimmsten Fall sucht der Erkrankte Trost im Alkohol, oder er vernachlässigt seine gewohnte Beschäftigung und verbringt seine Tage menschen- und arbeitsscheu.

Bei einem an Arteriosklerose Leidenden geht eine solche psychische Depression unmerklich in nervöse Störungen über die vielfach, aber, wie ich betonen muss, durchaus unzutreffend, als «Neurasthenie» diagnostiziert werden. Diese sogenannte Neurasthenie ist durch folgende Symptome charakterisiert.

Fast immer hat man es mit Störungen von Seiten des Herzens zu tun, die ihre ausreichende Erklärung in dem Grundleiden, d. h. der Arteriosklerose, finden, diese Störungen üben auf die Kranken eine ungemein deprimierende Wirkung aus: sie befürchten zu sterben, wenden sich gleichzeitig an viele Ärzte, schenken ihnen kein Vertrauen, nehmen bald die eine Arznei, bald eine andere und verschaffen sich eine dritte ohne eine Wirkung abzuwarten. Bei der kleinsten Verschlimmerung des Zustandes machen sie ein Testament, berufen ein Konsilium usw. Im ganzen leiden die Kranken sehr infolge ihrer Herzstörungen, sie verlieren allen Lebensmut, büssen die vernünftige Beurteilung der Dinge ein.

Ebenso häufig werden Störungen des Schlafes beobachtet: die Kranken sind nachmittags, abends schläfrig, schlafen aber in der Nacht wenig; besonders charakteristisch ist, dass diese Kranken früh erwachen, im allgemeinen nimmt der Schlaf den Typus des Greisenalters an, morgens fühlen sie sich besser als abends.

Fast alle Kranken dieser Art klagen über die «Schwere» und ein «dumpfes» Gefühl im Kopf; besser beobachtende

Kranke geben mit Bestimmtheit an, dass es sich nicht um Kopfschmerz handelt; dieses Gefühl der Schwere und Dumpfheit sind meist bei geistiger Beschäftigung lästiger, weswegen diesen Kranken die Arbeit erschwert ist. Diese beschwerlichen Empfindungen verschlimmern sich in der Gesellschaft, im Theater usw., daher suchen die Kranken Ruhe, die Einsamkeit. Abends steigern sich diese Erscheinungen.

Infolge der Schwere und des dumpfen Gefühls im Kopf wird es den Kranken sehr schwierig ihre gewohnte Beschäftigung fortzusetzen. Sie versuchen weniger zu arbeiten oder arbeiten langsamer; besonders quälend scheint ihnen jede selbständige Arbeit; alles neue, alles eigene, schöpferische Arbeit erfordernde ermüdet sie ungemein; sie selbst — und ihre Umgebung — bemerken eine Abnahme der Leistungsfähigkeit.

Im Gegensatz zu den echten Neurasthenikern sind diese Kranken unter keinen Umständen imstande ebenso schnell und erfolgreich zu arbeiten wie früher.

Es ist schwer zu sagen wie der Organismus dieser Kranken im allgemeinen auf physchische Ermüdung reagiert, da diese Kranken jede körperliche Anstrengung vermeiden um nicht Herzklopfen hervorzurufen.

In der psychischen Sphäre beobachtet man an diesen Kranken am häufigsten: Apathie, psychische Verstimmung und erhöhte Reizbarkeit. Wenn auch diese Verstimmung psychologisch erklärt werden kann, so erscheinen doch die Apathie und die erhöhte Reizbarkeit zweifellos als Folge der Arteriosklerose. Die Kranken interessieren sich für nichts, ausser für den Zustand ihres Herzens; soweit es ihnen die Umstände erlauben, schränken sie ihre Beschäftigung ein, vernachlässigen ihre Bekannten, fliehen Vergnügungen usw. Sehr charakteristisch ist, dass die erhöhte Reizbarkeit nur bei passender Gelegenheit aufzutreten pflegt: der Kranke ärgert sich zu Hause aus den nichtigsten Beweggründen, ebenso über von ihm Abhängige; er nimmt sich aber zusammen wenn er glaubt, dass eine Reizbarkeit ihm schaden könnte. Abends sind die Kranken gewöhnlich reizbarer als morgens.

Sehr häufig kommt bei diesen Kranken eine Verschlechterung des allgemeinen Ernährungszustandes vor, sie magern ab, indessen lässt sie diese Erscheinung häufig auf eine Erkrankung der inneren Organe zurückzuführen. Fast immer

beobachtet man an ihnen Pupillenverengerung und — Trägheit, und häufig eine leichte Erhöhung der Sehnenreflexe.

Eine solche nervöse Störung pflegt im allgemeinen lange zu dauern; nur in Ausnahmefällen läuft sie in weniger als einem Jahre ab. Da die Kranken sich nur in den schweren Fällen an die Spezialisten zu wenden pflegen, ist es kaum möglich anzugeben wie häufig Besserungen bei der «Neurasthenia arteriosklerotica» vorkommen. Aus zufälligen und wenig zahlreichen Beobachtungen schliesse ich, dass gänzliche Ruhe, passende Diät und Behandlung des Grundleidens günstig auf die «Neurasthenia arteriosklerotica» einwirken können; der Zustand der Kranken bessert sich, sie kehren zu ihrer gewohnten Beschäftigung zurück, aber ihre Leistungsfähigkeit erscheint mehr oder weniger herabgesetzt.

In schweren, jeder Behandlung unzugänglichen Fällen, geht die «Neurasthenia arteriosklerotica» langsam und allmählich in eine «Dementia arteriosklerotica simplex» über; zufällige Erkrankungen, z. B. Influenza vermögen den Übergang zu beschleunigen. Allmählich entwickelt sich das Hauptsymptom der Dementia arteriosklerotica — die Gedächtnisschwäche. Am Anfang macht sich im Schwächerwerden der willkürlichen Erinnerung bemerkbar: der ganz folgerichtig und vernünftig sprechende Kranke kann, ungeachtet aller Anstrengungen, sich nicht mehr eines Namens, einer Bezeichnung, eines bestimmten Wortes usw. erinnern; wenn er gefragt wird, findet er keine klare und genaue Antwort; er wird leicht verwirrt, wenn man sich nach seinen geschäftlichen Angelegenheiten erkundigt. Das allmähliche Schwächerwerden des Gedächtnisses nimmt einen immer grösseren Umfang an: der Kranke merkt schliesslich selbst dass er vieles vergisst; diese Wahrnehmung wirkt auf ihn deprimierend. Am Beginn der Krankheit fällt am meisten der Verlust des Gedächtnisses für die Jüngstvergangenheit auf, späterhin leidet die Genauigkeit und Treue des Gedächtnisses; auch für weiter zurück liegende Ereignisse. Da die Kranken sich ihrer Gedächtnisschwäche bewusst sind, versuchen sie dieses Gebrechen zu verbergen: sie sprechen wenig, geben ausweichende Antworten, fliehen die Gesellschaft u. d. m. Zu gleicher Zeit bemerkt man an ihnen eine Verlangsamung des Gedankenablaufs; die Kranken überlegen die einfachsten Fragen sehr langsam, unsicher, aber im allgemeinen in demselben Sinn

oder derselben Richtung wie vor der Erkrankung. Daher bemerkt die Umgebung des Kranken vielfach kaum die Änderung des Geisteszustandes des Kranken. Nur eine Untersuchung kann klarstellen um wieviel das Gedächtnis des Kranken geschwächt, um wieviel der Gedankenablauf verlangsamt ist, es ist dabei natürlich erforderlich zu wissen wie der Patient vor der Erkrankung perzipierte und assozierte. Die Sache ist die, dass die Kranken keineswegs urteilen wie Schwachsinnige; ihre Urteile sind aber äusserst elementar und schablonenhaft: es sinddem Kranken längst geläufige Urteile, die nunmehr von ihm in verkürzter, vereinfachter Form wiederholt werden. Über die Ereignisse der Jüngstvergangenheit bilden sich die Kranken kein eigenes Urteil: sie geben eine ausweichende Antwort oder wiederholen die Meinung ihrer Umgebung. Die Phantasie geht vollständig verloren, was die Kranken selbst wahrnehmen. Gewöhnlich vermeiden sie jegliche geistige Arbeit und verbringen gern ganze Tage ohne irgend eine Beschäftigung.

Im allgemeinen handeln die Kranken ebenso wie vor der Erkrankung, sie bewahren ihre alten Gewohnheiten, aber ihre gemütliche Erregbarkeit wird leichter: bei Ärger z. B. weinen sie leicht, ebenso leicht beruhigen sie sich aber und erinnern sich nicht mehr ihres Kummers. Im allgemeinen unterliegen sie leicht dem Einfluss ihrer Umgebung und handeln so wie es ihnen die ihnen Nahestehenden zuflüstern oder anraten, natürlich unterliegen sie leicht auch fremdem Einfluss. Sie sind sehr nachgiebig weil sie sich auf sich selbst nicht verlassen, sie sind nicht mehr imstande etwas ebenso allseitig wie früher zu überlegen, es ist mir aber doch zweifelhaft ob man einen an Dementia arteriosklerotica erkrankten, sonst rechtlich denkenden Menschen zu einem Verbrechen bewegen kann. Die Kranken ändern häufig ihre Verhältnisse, vertrauen ihr Geld Leuten an, die sie zu beschwatzen und zu rühren verstehen; in geschäftlicher Beziehung machen die Kranken Fehler; bedauern sie, wenn man sie ihnen nachweist, obschon in oberflächlicher Weise.

Der Grad der Einbusse an geistiger Kraft ist bei diesen Kranken natürlich sehr verschieden, die schweren Fälle sind aber immerhin selten; gewönlich ist der Kranke genötigt nach einer Reihe von begangenen Fehlgriffen seiner bisherigen Tätigkeit zu entsagen, er hält sich fortan ruhig bei seinen

Verwandten oder Bekannten auf, fügt sich häufig gern ihrer Autorität.

Da fast alle unserer Kranken ausserdem noch an einem Leiden eines inneren Organes kränkeln, das ihr Leben verkürzt, so hat man selten Gelegenheit den Verlauf des Schwachsinns zu beobachten; die Kranken sterben gewöhnlich ohne das 60ste Lebensjahr erreicht zu haben. Infolge der hervorragenden Bedeutung des inneren Leidens (der Nieren, des Herzens u. dgl.) schenken weder die Angehörigen noch der behandelnde Arzt der Psyche des Kranken genügende Beachtung.

Ein besonders lästiges Symptom bei Dementia arteriosklerotica ist der Schwindel, der zu den schon früher genannten Symptomen, der Schwere und Dumpfheit des Kopfes, hinzukommt. Obgleich diese Schwindelanfälle keine besondere Stärke erreichen, sind sie andauernd und beständig, kommen in allen Stellungen des Kranken vor, d. h. beim Gehen und Liegen, und vergiften dem Kranken das Dasein. Sehr charakteristisch bei Dementia arteriosklerotica ist das Äussere der Kranken: sie sehen elend, verstört aus, gehen unsicher, fliehen die Gesellschaft, sind sehr höflich und nachgiebig. In schweren Fällen beobachtet man ein feines schnelles Zittern der Fingerspitzen und selbst der Zunge, das sich besonders bei Ermüdung und Erregung steigert.

Selbstverständlich kann die progressive Arteriosklerose zu Herderkrankungen des Gehirnes führen; in diesen Fällen treten die Herderscheinungen natürlich in den Hintergrund; es kommt wohl auch vor, dass in solchen Fällen die psychische Schwäche irrtümlicherweise mit der Herderkrankung erklärt wird: der Arzt kennt den früheren Zustand des Kranken nicht und erklärt daher die psychische Schwäche als Folge der Herderkrankung.

Der langsame und allmähliche Übergang der Neurasthenia arteriosklerotica in die Dementia arteriosklerotica wird am häufigsten beobachtet und ist anscheinend der typische Verlauf der Arteriosklerose des Gehirnes. Sehr selten geht die arteriosklerotische Neurasthenie in arteriosklerotische Melancholie über, die schliesslich in arteriosklerotische Demenz ausläuft. In solchen Fällen wird die arteriosklerotische Neurasthenie gewöhnlich als Prodromalstadium der Melancholie aufgefasst. Die arteriosklerotische Melancholie ist eine Er-

krankung, die im allgemeinen nicht weniger als zwei Jahre dauert, bei dieser Krankheit beobachtet man häufig den Nichtigkeitswahn, der zuweilen durch eine Unsinnigkeit auffällt, z. B. der Kranke behauptet, dass ihm der Magen fehle, «alles ist weg» usw. Nahrungsverweigerung ist ein häufiges Symptom bei Melancholia arteriosklerotica; die Kranken gehen oft mit Selbstmordgedanken um, indessen können sie ohne besondere Mühe vor diesem Schritt bewahrt werden. Soviel ich bemerkt habe, leidet der allgemeine Ernährungszustand wenig, natürlich im Vergleich zur Schwere des psychischen Zustandes. Die arteriosklerotische Melancholie geht langsam in arteriosklerotische Dementia über, und ich glaube, dass es am richtigsten ist diese Melancholie nur als zufällige Komplikation der typischen Gehirnarteriosklerose anzusehen.

Zuweilen kann man bei Arteriosklerotikern im Alter von 50 bis 60 Jahren auch manische Zustände und den paranoischen Symptomenkomplex beobachten, aber es erweist sich in allen diesen Fällen, dass wir einen Rückfall einer alten Krankheit vor uns haben, d. h. der Kranke hat schon einmal — wenigstens einmal — einen manischen Anfall durchgemacht, besitzt eine schwere psychopatische Konstitution, hatte früher Zwangsvorstellungen, Sinnestäuschungen usw. Man kann daher diese Zustände, die eigentlich nur Rückfälle früherer Krankheiten sind, schwerlich für Folgen der Arteriosklerose halten: diese ist vielmehr nur ein zufälliger Stoss, der die alte endogene Krankheit zum Vorschein bringt. Ich glaube daher, dass es wichtiger ist ein solches episodisches Auftreten einer endogenen Krankheit, während der Organismus mit Arteriosklerose behaftet ist, nicht mit dieser letzteren in Zusammenhang zu bringen. Bei Individuen, die nicht schon früher an einer endogenen Geisteskrankheit gelitten haben, kann die Arteriosklerose in leichten Fällen eine «neurasthenia arteriosklerotica» bewirken, und in schweren eine Neurasthenia arteriosklerotica mit Ausgang in Dementia arteriosklerotica simplex; die Melancholia arteriosklerotica erscheint lediglich als zufällige Episode oder Komplikation des typischen Krankheitsbildes.

Was kann man heute unter arteriosklerotischen Psychosen verstehen?

Direktor Dr. GUSTAV v. OLÁH.

In den letzten Jahren begegnen wir in den Jahresberichten vieler Anstalten, immer häufiger einer neuen Rubrik: Psychosen auf arteriosklerotischer Grundlage, auch kurzweg Psychosis arteriosclerotica. Es ist an der Zeit diesem Begriff näher zu treten und ins Reine zu bringen, was darunter zu verstehen sei; ist es ein Sammelbegriff für alle jene neuro-psychotischen Zustände, die wir bei ausgesprochenen Arteriosklerotikern finden, ist es eine spezifische Erkrankung der feinstsn Hirnarterien, oder ist es eine, oder sind es mehrere selbständige Psychosen auf arteriosklerotischer Grundlage? Ich möchte gleich in vorhinein bemerken, dass von einer arteriosklerotischen Psychose in dem Sinne, dass sich eine klinische Individualität mit einem spezifischen anatomischen Befund deckt, nicht die Rede sein kann. In Fällen von progressiven Demenzzuständen, die weder der Paralyse, noch der senilen Demenz einzureihen sind, ist die arteriosklerotische Störung zumeist nur eine Voraussetzung, in vivo nicht nachweisbar und post mortem nicht in dem maasse und in der Ausbreitung anatomisch begründbar als es die Bezeichnung, «arteriosklerotische Geistesstörung» erheischt.

Einerseits finden wir ähnliche Veränderungen an den Hirnarterien, auch bei paralytischen und luetischen Psychosen, andererseits, wenn ein klinischer Symptomenkomplex hier umgrenzt werden kann, sind wir ebenso wenig berechtigt, diesen Symptomenkomplex anatomisch zu bezeichnen, als wir nicht veranlasst sind statt paralytischer Demenz «Allgemeine, diffuse, chronische Rindendegeneration zu sagen. Psychiatrie und Gehirnpathologie gehen, vorläufig noch, ihre eigenen Wege. Selbst bei der, um mich so auszudrücken, «anatomischesten Psychose» der paralytischen Demenz, wurde die Individualität dieses klinischen Riesen, unbekümmert um den anatomischen Befund, aufgestellt und genau umgrenzt. Die anatomischen

Veränderungen können die psychotischen Erscheinungen eventuell motivieren, aber ebensowenig veranschaulichen, als ein normaler Hirnbefund die gesunden psychischen Erscheinungen nicht darlegt weil der anatomische Befund nicht das materielle Substrat der einzelnen Psychosen bildet. Während wir z. B. bei einer Systemerkrankung, indem wir Umfang und Intensität der anatomischen Veränderung beschreiben, inbegriffen zugleich die Diagnose aussprechen, geht dies in Psychiatricis nicht an.

Für uns handelt es sich hier um die Frage: «gibt es unter jenen chronischen Demenzformen, welche zu keiner der bekannten Psychosen eingereiht werden können, eine solche, die im Wesen, im Verlauf und Ausgang eine, sich stets wiederholende, Typizität aufweist und welche in Zusammenhang (Zusammenhang und nichts weiter) mit gewissen Veränderungen der Gehirnarterien, gebracht werden kann und hat diese Form Anspruch auf klinische Individualität?

Ich glaube diese Frage kann man nur bejahen. Es gibt eine progressive Demenz, typisch in ihrem Verlauf, spezifisch und bösartig, von schlechter Prognose, bei welcher sich auch arteriosklerotische Veränderungen finden lassen.

Ich möchte diese Demenzform in Kürze und bloss in Schlagworten fixieren. Die ersten Symptome bilden Ausfallserscheinungen, teils psychogenen Charakters, teils von materieller Färbung, doch auch im letzteren Fall nur vorübergehend, gleichsam als erste Mahnungen und in rückweisem Auftreten.

Der Kranke beklagt sich, dass der eine Arm, der eine Fuss «wie gelähmt ist», demonstriert wie er diese, oder jene Bewegung, nicht recht ausführen kann. Ab und zu zeigt sich eine Art Sprachstörung, eine Lockerung im Gefüge der motorischen Lautbilder; namentlich nach Alkoholgenuss, oder Ermüdung. Der Kranke ist sich nicht ganz sicher über Form und Bedeutung des Wortes, verwechselt hie und da eine Sylbe, korrigiert sich und fragt: «so sagt mans wohl?» oder wird bei einem Vortrag von einer Unsicherheit bezüglich der grammatikalischen Richtigkeit des gesprochenen Wortes befallen, stockt und muss abbrechen. Diese Sprachstörungen zeigen denselben psychogenen Charakter, wie ihn Petren als eigenartige Gangstörung zu meiner Überraschung unter dem Namen Dysbasia arteriosklerotica beschrieb, auf die arteriosklerotische Grundlage, als selbstredende Ursache, hinwies,

dennoch die Krankheitsform als Späthysterie auffasste. Diese Annahme überraschte mich umsomehr, da ich kurz vorher einen Kranken mit arteriosklerotischer Demenz in eine franzözische Heilanstalt schickte und sein Zustand dort als Hysteria virilis diagnostiziert wurde. Im weiteren Verlauf zeigt sich eine Schädigung der statischen Orientiertheit. Die Kranken machen leicht Fehltritte, setzen sich ungeschickt auf den Rand des Sessels und stürzen etc.

Inzwischen können Jahre relativen Wohlbefindens vergehen, als hätte das Gehirn den Kampf mit der Schädigung mit Erfolg aufgenommen und Wege gefunden, sich den veränderten Verhältnissen, anzupassen. Ein, in dem höchsten intellektuellen Berufskreis tätiger Forscher errang seine bedeutendsten Erfolge nachdem er schon sechs Monate in einer Heilanstalt zubrachte und man mit ihm, als «Paralytiker», schon längst abrechnete.

Dann kommen erneuerte Störungen und zwar psychische Ausfallserscheinungen; die Perzeptions-, Fixations- und Reproduktionsfähigkeit sind abwechselnd oder gleichzeitig gestört. Diese Schädigungen sind lange Zeit hindurch bewusst und durch den Kranken objektivierbar.

Er weist mit weinerlichem Ausdruck auf seine Stirn, macht eine resignierende Handbewegung, als wollt er sagen: «total verblödet». Der Tod erfolgt meist durch eine interkurrierende Krankheit. Ausgang mit Apoplexie habe ich nicht beobachtet, wie denn überhaupt der Zusammenhang mit allgemeiner Arteriosklerose ein ganz eigentümlicher, vaguer ist. Alle Forscher, die sich mit dieser Form befassen. scheinen die Frage der anatomischen Deutung lieber umgehen zu wollen.

Kraepelin, der übrigens keine klinische Individualität mit bestimmtem Verlauf und Typizität bei der arteriosklerotischen Psychose annimmt, sagt bei Besprechung des anatomischen Befundes: «so kann es sein, dass die Erkrankung der Nervensubstanz, durch die Arteriosklerose bedingt wird, oder dass, was mir zunächst wahrscheinlicher dünkt, beide Teilerscheinungen der gleichen Störung sind. Alzheimer sagt: «die arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns sollen uns zur Warnung dienen, dass wir aus dem anatomischen Befund niemals auf Ausfallserscheinungen und von diesen, nicht auf jene schliessen sollen. Andere helfen sich mit der Annahme einer Meïopragie des Gehirns, indem sie voraussetzen, dass

das Gehirn, gehirnpathologisch schon schwer erkrankt, seine psychischen Funktionen, noch lange Zeit, durch eine Art Kompensation, ungehindert verrichten kann.

Als ein wichtiges differenzialdiagnostisches Moment muss erwähnt werden, dass eine Störung in der Funktion der Pupillen bei der geschilderten Krankheitsform nicht vorkommt.

Ich will mit folgendem schliessen. Wiewohl die Benennung arteriosklerotische Psychose ihre Einführung in die Psychiatrie der histologischen Forschung verdankt, sind es nicht die gefundenen hystologischen Veränderungen, aus denen wir Schlüsse ziehen könnten, auf Wesen und Umfang der geistigen Störung; vielmehr ist es die klinische Beobachtung, welche uns, unbekümmert um den anatomischen Befund dazu drängt, eine wohlumgrenzte spezifische Demenzform anzunehmen, mit typischem Verlauf, typischen motorischen Störungen und welche weder mit Lues, noch mit allgemeiner Arteriosklerose des Alters einen Zusammenhang zeigt.

Resumierend fasse ich meine Auffassungen in folgenden Punkten zusammen.

I. Aus der physikalisch konstatierbaren Arteriosklerose folgt nicht die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung der feineren Hirnarterien.

II. Auch die Sklerose der Hirnarterien geht nicht immer, mit den oben besprochenen Symptomen Hand in Hand, wie überhaupt die gewöhnliche Art. sc. des vorgerückten Alters zu der geschilderten spezifischen Erkrankung nicht zu disponieren scheint.

III. Es gibt eine nosologisch noch nicht ins Reine gebrachte Involutionspsychose, welche mit Art. sc. grösseren der geringeren Grades der feineren Gehirnarterien einhergeht ohne von derselben bedingt zu sein und Anspruch auf eine klinische Individualität hat.

IV. Die Benennung arteriosklerotische Psychose ist für diese Form keine glücklich gewählte, erstens weil diese Psychose bei Arteriosklerotikern im gewöhnlichen Sinne nur selten vorkommt, des weiteren, weil dieselben anatomischen Veränderungen auch bei anderen Psychosen zu finden sind und schliesslich weil eine anatomische Benennung, den übrigen nicht anatomischen Bezeichnungen, nicht gut einzureihen ist, die Einheitlichkeit stört und der klinisch-psychiatrischen Auffassung nicht entspricht.

Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt.

Von Professor SOMMER (Giessen).

Professor Sommer in *Giessen* hatte unter Ausschluss des engeren, rein klinischen Gebietes der Idiotie, dessen Behandlung Herrn Professor Weygandt zufiel, die Darstellung der weiteren Beziehungen übernommen, die zwischen den klinisch beobachteten Idiotiefällen und

1. den Insassen der Hilfsschulen,
2. den Zwangserziehungszöglingen, sowie
3. dem jugendlichen Verbrechertum vorhanden sind.

Um die klinische Erfahrung über Idiotie zu erweitern, wurde eine grössere Zahl von Kindern in einer pädagogisch geleiteten Idiotenanstalt systematisch mit allen anwendbaren psychologischen Methoden untersucht. Mit diesem Befunde wurden verglichen:

1. Die Resultate der genauen Untersuchung von 20 Kindern der Giessener Hilfsschule;
2. die Befunde bei einer grösseren Zahl von Kindern, die zur psychiatrischen Beobachtung vor oder nach Einleitung der Zwangserziehung in die Giessener Klinik von den Behörden eingewiesen waren;
3. eine Reihe von Beobachtungen über jugendliche Verbrecher mit besonderer Prüfung des Begriffes der zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderlichen Einsicht (§ 56 des deutschen Reichsstrafgesetzbuches).

Aus diesen Untersuchungen geht u. a. folgendes hervor:

I. Die drei Gebiete der in den Anstalten behandelten Idiotiefälle, der Hilfsschulinsassen und der Zwangserziehungszöglinge greifen medizinisch und psychologisch vielfach in einander über.

II. Es ist daher ein einheitliches Schema als Grundlage der Untersuchung aller dieser Fälle zu fordern. Die Sonderbedürfnisse für die einzelnen Gruppen lassen sich durch umfangreichere Anwendung einzelner Teile des Untersuchungsbogens und durch Ergänzungsblätter leicht berücksichtigen.

III. Es lassen sich bei den angeboren Schwachsinnigen in den Idiotenanstalten, in den Hilfsschulen, ferner auch bei Zwangserziehungszöglingen über den Inhalt eines Untersuchungsschemas hinaus eine ganze Reihe von psychologischen und psychophysischen Untersuchungsmethoden mit Erfolg anwenden, um einen genaueren Einblick in die feinere Struktur des geistigen Zustandes zu gewinnen.

IV. Diese bessere Differenzierung ist sowohl medizinisch als psychologisch und auch pädagogisch von Bedeutung und führt zu einem besseren Zusammenarbeiten der medizinischen und pädagogischen Tätigkeit im allgemeinen und im Hinblick auf die besonderen Anforderungen des einzelnen Falles.

V. Bei der Untersuchung des jugendlichen Verbrechertums, abgesehen von der Gruppe der deutlich Imbezillen, die einen Teil der Zwangserziehungszöglinge ausmachen, versagen die gebräuchlichen Methoden der Untersuchung vielfach, während andererseits auch bei scheinbarer geistiger speziell intellektueller Normalität im Befund u. a. besonders hysterische und epileptoide Züge, ferner angeborene moralische Defekte, hervortreten.

VI. Das Vorhandensein der zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Handlung erforderlichen Einsicht ist ein schlechtes Kriterium bei der Beurteilung der jugendlichen Verbrecher.

VII. Bei geistig scheinbar normalen Fällen von jugendlichem Verbrechertum führt öfter die Untersuchung einerseits des Milieus, andererseits des angeborenen Charakters im Zusammenhang mit dem Studium der Familienanlage, zur Erkenntnis der äusseren oder inneren Quelle der Kriminalität.

VIII. Es ist sehr wahrscheinlich, dass auf dem Wege der Analyse der exogenen und endogenen Momente auch das jugendliche Verbrechertum immer mehr als eine krankhafte Erscheinung bei dem einzelnen Menschen und im sozialen Organismus sich herausstellen wird.

Anmerkung. Die Untersuchungen wurden zusammen mit Frl. E. Ross Shaw aus Nordamerika, Lehrerin für schwachbefähigte Kinder, ausgeführt und werden in ausführlicher Form im Verlag von C. Marhold, Halle a. S. unter dem Titel «Die Untersuchung geistig abnormer Kinder» herausgegeben werden.

Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt.

Von Prof. Dr. med. et phil. W. WEYGANDT (Hamburg).

Das Ideal einer Klassifizierung im Bereiche psychischer Anomalieen, die psychologische Differenzierung mit entsprechender Verwertung der etwaigen somatischen Eigentümlichkeiten und Verlaufseigenart, sowie unter späterer Bestätigung durch einen entsprechenden Obduktionsbefund, ist in der Psychiatrie nur an wenigen Stellem verkörpert. Doch auch im Bereiche des am wenigsten beachteten Zweiges der Psychiatrie, der Erforschung des jugendlichen Schwachsinns, rückt ihm die Wissenschaft insoferne unausgesetzt näher, als es immer mehr gelingt, aus der Fülle der mannichfachen Erscheinungen eine Reihe von Gruppen abzugliedern, die in sich geschlossene klinische Einheiten, vielfach von bestimmter psychischer Eigenart, von Verlaufsverwandtschaft und auch somatischen Eigentümlichkeiten, sowie besonderem Obduktionsbefund, darstellen.

Folgende Gruppen lassen sich heute schon mehr oder weniger abgrenzen:

Amaurotische familiäre Idiotie.

Thyreogener Schwachsinn.

Mongoloider Schwachsinn.

Encephalitischer Schwachsinn, in seinen manichfachen schweren Formen (Porenzephalie, atrophische Sklerose etc.)

Hydrozephalischer Schwachsinn.

Meningitischer Schwachsinn.

Tuberöse Sklerose.

Epileptogener Schwachsinn.

Dementia infantilis.

Dementia præcox.

Ferner die Gruppe der embryonalen Hirnentwicklungshemmungen.

Immerhin bleibt eine Fülle klinisch noch nicht speziell zu differenzierender Fälle übrig, die vor allem bei Störungen

leichteren Grades sich intra vitam nicht näher klassifizieren lassen.

Beachtenswert sind hysterische, neurasthenische und manisch-depressive Konstitutionen.

Bei der praktischen Beurteilung, insonderheit der gerichtlichen Begutachtung und der administrativen Versorgung, kommt es an

1. auf die Eigenart, insoferne einige Gruppen mehr, andere wieder weniger antisozial und beeinflussbar sind;

2. vor allem auf den Grad der Störung. Während z. B. Epilepsie an sich ein kriminell höchst bedeutsames Leiden ist, sind grade die schwersten Fälle lediglich asozial.

Im ganzen sind die schwereren Fälle weniger wichtig für uns, während die leichteren, nicht speziell zu charakterisierenden Fälle praktisch viel bedeutsamer sind; vor allem auch die psycho-neurotischen Fälle.

Um so eher dürfen wir einen Fall als praktisch erheblich gestört annehmen und die rechtlichen Konsequenzen hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit und Anstaltsbedürftigkeit daraus ziehen, je deutlicher er durch klinische, besonders auch somatische Eigentümlichkeiten in eine bestimmte Gruppe gerechnet werden kann.

Dringend ist neben der Intelligenzstörung, deren Erforschung ja den leichteren Teil unserer Aufgabe bietet, auch das sonstige psychische Verhalten, vor allem im Bereiche der Gefühls- und Willenssphäre zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Beurteilung des Schwachsinnsgrades ist zu beachten das intellektuelle Niveau des Milieus. Ferner ist auch stets das Intelligenzniveau der psychiatrisch nicht verdächtigen Rechtsbrecher in Betracht zu ziehen.

Zur Beantwortung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit ist am praktischsten immer noch der Versuch einer Parallelisierung des Falles mit einer bestimmten Stufe des normalen Kindesalters, selbstverständlich unter Berücksichtigung etwaiger Anomalieen ausserhalb der intellektuellen Sphäre. Die Frage der zweckmässigsten Versorgung eines kriminellen Schwachsinnigen ist nur zu lösen unter Heranziehung des Gesichtspunktes der Therapie und der sozialen Versorgung.

Die Imbezillität vom klinischen und forensischen Standpunkt.

Von Referent Dr. IGNAZ FISCHER.

Zum Gegenstande meines Referates wählte ich jene Gruppe der Imbezillität, welche unter dem Namen «moral insanity» geschildert und als dieser Begriff interpretiert wird.

In den früheren Dezennien war jene Ansicht vertreten, dass die moralische Imbezillität eine isolierte Erkrankung der Sphäre des sittlichen Empfindens sei, in der letzteren Zeit nimmt eine grosse Zahl besonders der deutschen Forscher, MENDEL, WESTPHAL, MEYNERT, BAER, BAUSWANGER u. a. diesen Standpunkt ein, dass die Seele nur als Einheit denkbar sei und jede Störung diese Einheit als Ganzes treffe, es werden nur einzelne Elemente des physischen Lebens durch die pathologische Richtung besonders tangiert, u. zw. dominiert das Krankheitsbild die moralische und ethische Defektuosität, aber es partizipieren dabei, wenn auch in viel milderem Masse, die Ausfallerscheinungen des intellektuellen Kreises.

HOLLÄNDER und KNOP reihen diese Krankheitsform der Paranoia unter, indem sie als pathognomostisch das gesteigerte Selbstgefühl, den Grössenwahn hervorheben.

LOMBROSO sieht in dieser Krankheit leidenden Individuen «den geborenen Verbrecher». KRAEPELIN behandelt diese Gruppe der Kranken auch unter demselben Namen.

Die BLEULER'sche Schule ist jener Ansicht, die moralischen Gefühle sind unabhängig von der Höhe der intellektuellen Veranlagung, die exquisiten Fälle der moralen Imbezillen sind angeboren absolut moralisch defekt ohne Intelligenzstörung zu zeigen. Sie versteht unter «moralischer Idiotie oder moralischer Imbezillität» ausschliesslich einen völligen oder teilweise angeborenen moralischen Defekt bei genügender intellektueller Anlage, wenn dabei Zeichen einer anderen Psychose fehlen. Besteht aber neben einer ethischen Störung ein angeborener intellektueller Defekt, so spricht sie von Idiotie oder Imbezillität im allgemeinen. Dieser Auffassung haben sich ange-

schlossen Delbrück, Gaupp und von Muralt. Einen vermittelnden Standpunkt nimmt Longard ein, der eine geschwächte Intelligenz beimisst, aber das Hauptgewicht doch auf den moralischen Defekt legt und daher in praktischer Hinsicht sich der Bleulerschen Ansicht anschliesst.

Sehr richtig behauptet Longard, dass diese Krankheitsform ganz besondere, immer gleichartige und entschiedene charakteristische Züge in sich vereinigt, welche schon von der frühesten Jugend bestehen und nichts Progressives in ihrem Verlaufe zeigen. Schon anbetracht dieser Eigenschaften ist man berechtigt, diese Form der Erkrankung als eine spezielle, besondere Gruppe hinzustellen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass an dieser Erkrankung Leidende folgende beständige Symptome zeigen: absolute Unerziehlichkeit und Unbeeinflussbarkeit, starke verbrecherische Triebe, welche wir bis in die Kindheit verfolgen können, Unstätheit und Ruhelosigkeit, welche das ganze Leben hindurch dauert, Mangel an Tätigkeitstrieb und Geselligkeitstrieb, Selbstüberschätzung, erhöhte, überentwickelte, üppig wuchernde Phantasietätigkeit, Eitelkeit, Egoismus, Cynismus, absoluter Mangel der ethischen Begriffe und Empfindungen, jedes Rechts- und Sittlichkeitsbewusstseins und eine grosse Anzahl der körperlichen Degenerationszeichen, auch erbliche Belastung spielt eine gewisse Rolle. Viele Beobachter lassen für derartiges Symptom Alkoholismus in der Aszendenz gelten.

Beim Krankheitsbilde steht die ethische Defektuosität im Vordergrunde. Wenn wir diese richtig beurteilen wollen, müssen wir uns erst ein klares Bild schaffen, wie die ethischen Begriffe entstehen? Sind sie angeboren, oder erst in späteren Jahren erworben? Die Ansichten hierüber sind verschieden. Einige Autoren, wie Schaftesbury, dachten sich den moralischen Sinn als ein mit der Reflexion verbundenes, angeborenes Gefühlsvermögen für moralische Schönheit und Hässlichkeit. Georg Hirth meint: die moralischen Systeme z. B. der Liebe und Dankbarkeit, des Mitleids und der Opferfreudigkeit — mit dem Reflexmechanismus der Rührung — sind wohl ebensogut vererblich, wie die raubtierartigen Instinkte. Die Ansicht Lombrosos, dass schon die Kinder Züge des moralischen Irreseins und Verbrechens zeigen, wäre ja auch für das Angeborene dieser Empfindungen zu verwerten. Ebenso kann man diejenige Erfahrung für die Ver-

wertung der Heredität annehmen, dass Sprösslinge der verkommensten Eltern mit höchst entwickelten moralischen Empfinden ausgestattet sind, während Abkömmlinge ethisch Hochstehender in moralischen Handlungen ganz blind und unzurechnungsfähig sich erweisen.

Viel wahrscheinlicher ist es, dass diese Eigenschaften Erworbene sind, schon darum, weil bei ethischen Begriffen das Ich vom Nicht-Ich abgesondert werden muss und diese Separierung erheischt ein derartiges psychisches Werk, welches nur das Produkt der Erfahrung sein kann. Im kindlichen Alter, wo das Ich, die Egozentrizität herrscht, kann der moralische Sinn nicht entwickelt sein, richtig behauptet Berze, das Kind sei «ein des moralischen Sinnes entbehrender Mensch». Es handelt im Sinne einer unmoralischen Betätigung, nicht weil ein positiver Faktor, z. B. Keime des moralischen Irreseins, seine Handlung lenkt, sondern weil der positive Faktor, der den moralisch voll entwickelten Erwachsenen in die Richtung der Moral führt — die hochwertigen Assoziationssysteme — noch nicht entwickelt ist. Auch widerspricht es unserem psychologischen Denken, dass das Kind schon bei der Geburt mit den kompliziertesten moralischen Systemen ausgestattet sei, während die einfacheren psychischen Prozesse, Fixierung eines Punktes, das Gehen erst erworben werden müssen. Bei den ethischen Empfindungen und bei der Moral — sagt weiter Berze — handelt es sich um die Wirksamkeit von zumeist fertig übernommenen, vorgebildeten Urteilen, die erst durch ihre Erregbarkeit und Wertigkeit eine hohe Rolle spielen. Zu diesen zwei Faktoren gelangen sie durch die wiederholte Aufnahme und Reproduktion, dadurch werden diese Urteile zu Elementen des «Charakters» ohne wesentliche aktive Beteiligung des Assoziationsorganes, so werden sie zu unbewusst mitwirkenden Faktoren, die viel sicherer eine moralische Betätigung herbeiführen, als neue bewusste Urteilsfunktionen, welche gelegentlich ebensogut zu einer Vernachlässigung der Moral führen können, wenn bewusste Verstandsgründe das Urteil in dieser Richtung beeinflussen.

Zur moralischen Leistung genügt nicht nur, dass das «Gefühl für Recht und Unrecht» vorhanden ist, sondern dass dieses Gefühl unter allen Umständen geweckt wird, dass wie Tiling richtig hervorhebt «die Wünsche und Pläne Revue passieren vor den «jedem Menschen geläufigen Begriffen von

Recht und Pflicht», dass schliesslich dieses Gefühl von so hochwertigem Einflusse ist, dass durch dasselbe die Handlungsweise des Individuums bestimmt wird.

Der normale Mensch erwirbt sich und bewahrt in seinem Gedächtnis die ethischen Begriffe und durch wiederholte Erregung und Gebrauch werden die derartig zu seinem Eigentum, dass sie auch — könnte man sagen unbewusst — zum Vorscheine kommen, in Aktion treten, ohne bei jeder Gelegenheit eine bewusste psychische Arbeit zu vollführen. Durch die geistige Verarbeitung dieser Begriffe kommt zustande das «Ausgeschliffensein der Bahnen», so dass die hochwertigen Assoziationen leicht in Anspruch genommen werden können.

Ganz anders ist dieser psychische Vorgang beim Imbezillen.

Der Imbezille, obzwar er eine gute Auffassungskraft hat, arbeitet mit einem schlechten Gedächtnisorgan. weil ihm die Aufmerksamkeit fehlt, ihn interessieren nur jene Vorgänge, welche mit seiner eigenen Persönlichkeit im Zusammenhange stehen, welche nur seine Interessen wahren.

Sollier charakterisiert ihn folgendermassen: Wir sehen den Imbezillen rasch erfassen, aber so rasch auch von einem Gegenstand auf den andern zu überspringen, dass wir schon durch die Beobachtung überzeugt werden, es könne keine Fixierung des Eindruckes stattgefunden haben. Während der Idiot immer derselbe bleibt, ein wahres Muster der Beständigkeit, ist der Imbezille ganz der Situation unterworfen, die verkörperte Unbeständigkeit. Während also der Schwachsinn der Idioten in schlechter Auffassung begründet ist, liegt seine Basis beim Imbezillen in einem Defekte des Assoziationsorganes als Gedächtnisorgans, dieser Defekt geht nicht so weit, dass überhaupt keine Eindrücke haften bleiben, sondern nur so weit, dass dieselben in kurzer Zeit abblassen, ihre Reproduktion daher oberflächlich und ungenau wird. Wenn der Imbezille fabuliert, tut er es oft in dem Bestreben, gewisse Lücken der Erinnerung, welche sich ihm fühlbar machen, auszufüllen, wobei er natürlich ab und zu von der Wahrheit abweicht, so belügt er sich selbst und die Anderen.

Wie oben erwähnt wurde, ist Mangel an Aufmerksamkeit der Grund, dass die einzelnen Eindrücke verblasst und verschwommen perzipiert werden, nur die mit ihrer Persönlichkeit im engen Zusammenhange stehenden angenehmen Gefühle

sind jene, welche sie hastig in sich aufnehmen und in ihrem Gedächtnisse aufspeichern. Diese bringen sie in steigendem Masse und stark ausgeprägt in Verbindung mit ihrem Ich. Ihre Egozentrizität nimmt überhand, alles betrachten sie vom Standpunkte des Ich's, was damit nicht in engem Zusammenhange steht, das lassen sie ausser Acht. Das ist der Grund, dass während der normal Veranlagte gewisse Regeln, gesellschaftliche Formen, allgemeine Anforderungen im Auge behält, der Imbezille vernachlässigt sie, betrachtet sie sogar als Hindernis bezüglich seiner Persönlichkeit und Handlungen, die ihn in seinem freien Entschlusse hemmen. Daher kommt es, dass im Gegensatze zum Normalen, der fremdes Eigentum für unantastbar betrachtet, weil bei diesem moralischen Bewusstsein das Ich ausgeschlossen ist, der Imbezille darin nur ein Hindernis sieht, dass es nicht sein Eigen sein kann. Daher kommt es weiter, dass während der normale Mensch die ihm auferlegte Strafe für Nichtbeachtung irgend einer gesetzlichen Vorschrift für gerechtfertigt hält, sieht der Imbezille darin eine ungerechte Handlung und Verfolgung.

Holländer bezeichnet diese vom erhöhten Ich Bewusstsein herrührende Eigenheit als «Gefühl der Unumschränktheit», welche beim Kranken zur Triebfeder wird. Solche Kranke betrachten sich als ausserhalb des Gesetzes stehend, Hausordnung, Schulregel, soziale Institutionen berüchsichtigen sie nicht, haben keinen Bezug auf sie, sie dürfen nicht mit demselben Masstabe wie jeder andere Sterbliche gemessen werden, sie dürfen alle Schranken durchbrechen. Wofür andere Sterbliche sich zu Dank und Erkenntlichkeit verpflichtet fühlen, das wähnen sie infolge ihrer Selbstüberhebung, gebührt ihnen rechtswegen. Infolge ihres gesteigerten Selbstbewusstseins sind sie nie zufrieden, ihre Erwartungen sind immer hochgespannt und weil sie natürlicherweise Enttäuschungen erfahren, sind sie unzufrieden, mürrisch und herausfordernd. Sie werden überempfindlich, ein gesteigertes Selbstgefühl entwickelt sich bei ihnen. Berze charakterisiert sie und ihre Handlungen richtig: Es liegt den unmoralischen Handlungen ein erkennbarer Zweck zu Grunde, die ohne Rücksicht auf die Mitwelt angestrebte Forderung des Ichs in seiner momentanen Situation, die Kranken sind imstande, das Moralische oder Unmoralische einer Handlung zu erkennen, was sie nicht nur dadurch dokumentieren, dass sie sich als treffende Kri-

tiker der Handlungen anderer aufwerfen, sondern auch an den eigenen Handlungen das Unmoralische bei Vorhalt herausfinden, eine Einsicht, die für sie aber wirkungslos ist, weil sie sich einerseits im Momente der Handlung nicht aufdrängt, anderseits weil selbst, wenn dieses Postulat erfüllt wird, das hochwertige Ich mit seiner exzeptionellen Stellung eine solche Macht des moralischen Gefühles voraussetzen würde, wie sie der Kranke infolge seiner ganzen Veranlagung nicht aufbringt.

Schon in der Kindheit sind diese eigenartigen Züge bemerkbar, die in der Regel die Eigenheiten degenerierter Individuen zeigen. Sind früh reif, haben ihren eigenen Gedankengang und üben selbständige Kritik, sie respektieren nicht die Ermahnungen ihrer Eltern und Erzieher, widersprechen ihnen, die haben keine Wirkung auf sie, tun gerade das Gegenteil von dem, was die sagen und wünschen, und sind infolge ihres gesteigerten Selbstbewusstseins und des gehobenen Ichs unerziehbar. Alles bekriteln sie und erwägen es bloss von ihrem Standpunkte, die von jeher gültigen gesellschaftlichen Gesetze verwerfen sie als unrichtig. Während der sich intellektuell langsam Entwicklender die Kenntnisse kritiklos in sich aufnimmt, und fasst unbewusst aufspeichert und deshalb bei ihm als unumstössliche Dogmen bleiben, haben bei diesen Frühreifen die in der Jugendzeit gewonnenen Impressionen kein Gewicht und keinen Wert, höchstens verwerten sie dieselben momentan und sammeln sich aus denselben keine Schätze von Erfahrungen.

Infolge gesteigerten Selbstbewusstseins können, wie ich schon erwähnt habe, sich die moralischen Gefühle zu der ihnen gebührenden Höhe nicht erheben, weil das betreffende Individuum nur sein eigenes Ich in den Vordergrund stellt, jede schöne Empfindung quillt aus dem Egoismus, deshalb ist er seinen Eltern zugetan, weil sie ihn kleiden, nicht aus kindlicher Liebe.

Ihre Selbstüberschätzung lässt in ihnen das Hemmungsgefühl nicht aufkommen, welches den normalen Menschen an die Gebote der Moral bindet. Sie stehen unter dem Einflusse der Lust- und Unlustgefühle, demgemäss richten sie ihre Handlungen ein, was ihrer Eigenliebe schmeichelt, das vollbringen sie und zeigen Widerstand gegen das, was nicht nach ihrem Geschmack ist.

Demnach das Fehlen der Apperzeption, was das Ausfallen des Gedächtnisses nach sich zieht, das Hervortreten der Egozentrizität, die Richtung nach den Lust- und Unlustgefühlen ist das, was die ethischen Verirrungen erzeugt und sie in einen widerrechtlichen Zustand versetzt, sowie mit dem Strafgesetz in Kollision bringt.

Die oben erwähnten Eigenschaften sind eine Folge der angeboren abnormen Gehirntätigkeit, wo die ethischen Gefühle im Vordergrunde stehen, aber dabei ist auch der Denkungsakt abweichend, wodurch sie anders urteilen und erwägen und das ist es, was man mit dem Namen Schwachsinn bezeichnet. Demgemäss das Angeboren sämtlicher erwähnten Erscheinungen ist so zu deuten, dass dieselben der Ausfluss einer schon von der Geburt an von der normalen Gehirntätigkeit abweichenden psychischen Prozesses sind und so entsteht eine fehlerhafte, pathologische Veranlagung.

Diese bilden heute eine genau umschriebene Gruppe, die immer ein und dieselben Eigenschaften besitzen, die in Folge der obenerwähnten Eigentümlichkeiten eine besondere Benennung verdienen. Das wichtigste Moment ist, und das muss stets betont werden, dass ihre ungewöhnlichen Züge sich schon von ihrer frühesten Jugend herschreiben.

Bleuler ist auch der Ansicht, dass die Intelligenz bei diesen Personen intakt ist, die aber nur bei egoistischen Interessen zur Geltung kommt, in jeder anderen Richtung hingegen durch das Fehlen von höheren Gefühlsbetonungen aktionsunfähig ist. Er sagt richtig: der moralische Idiot ist trotz seiner Intelligenz wegen des Fehlens der Affekte zu jeder höheren geistigen Tätigkeit unfähig, das Resultat ist ein scheinbarer Schwachsinn, der das gleiche Scheitern im Leben zur Folge haben kann, wie ein intellektueller Defekt, wenn auch meist in anderer Form.

Durch diese Darlegung ist es evident, warum Kraepelin diese Gruppe zu den geborenen Verbrechern zählt, unter diesem Standpunkte betrachtet, erscheint Lombrosos Auffassung von «deliquente nato» berechtigt.

Ich bin selbst auf Grund langjähriger Beobachtung zu der Überzeugung gelangt, dass der bei dieser Kategorie zum Vorschein kommende ethische Defekt und die daraus entspringenden verbrecherischen Handlungen die Folge einer ab ovo invaliden Gehirntätigkeit sind. In allen Fällen, die ich vom

10—12 Lebensjahre angefangen bis zum reifen Mannesalter Gelegenheit hatte zu beobachten, fand ich, dass diese ethischen Ausfallerscheinungen, wodurch die betreffenden Personen zu unnutzen Mitgliedern der Gesellschaft wurden, keine progressive Tendenz aufwiesen.

Longard bemerkt in seiner Abhandlung «über moral insanity», dass in der Literatur in Abrede gestellt wird, dass das Bild, welches unter dem Namen moral insanity beschrieben wurde, überhaupt in der Wirklichkeit vorkäme. Der grösste Teil der Forscher behauptet, dass es nur ein Symptomenkomplex ein Prodromalstadium darstelle, welches die Einleitung zu einer anderen schweren Erkrankung ist, eigentlich handelt es sich um ein erworbenes Defekt, welches den Anfang des völligen Verfalles der geistigen Kräfte bildet. Tatsächlich zeigen sich ähnliche Symptome bei der progressiven Paralyse und senilen Demenz, häufig genug sind bei diesen Erkrankungen die ethischen und moralischen Ausfallerscheinungen zu beobachten, bevor noch die Störung der Intelligenz eintritt und auch motorische Veränderungen zu konstatieren sind. In diesen Fällen führt uns der Verlauf auf den richtigen Weg und dadurch ist der diagnostische Irrtum auszuweichen.

Nach Kopfverletzungen, auch nach dem chronischen Genuss von Morphium und Alkohol können ähnliche Symptome auftreten, aber mit Rücksicht auf die ätiologischen Momente überzeugen wir uns, dass sie erworbene Schädigungen sind und auch ihr Auftreten im späteren Alter bewahrt uns vom Irrtum.

Das beschriebene Krankheitsbild könnte auch verwechselt werden mit der dementia præcox. Auch bei der dementia præcox sind Erregheitszustände, hochgradige Reizbarkeit und ethischer Ausfall zu beobachten, aber mit der Zeit stellt sich geistiger Verfall ein, was bei der moralischen Imbezillität nie der Fall ist, dort bleiben die Symptome konstant, Progressivität tritt nicht ein. Hier ändert sich die Gesamtpersönlichkeit nicht, während dort im Krankheitsbilde Halluzinationen, wahnhafte Ideen und absonderliches Wesen, überdies stumpfe Gleichgültigkeit, mangelnde Gefühlsbetonung den Geschehnissen gegenüber stets wahrzunehmen sind.

Oft weist dieses Bild grosse Ähnlichkeit mit der Paranoia auf. Obgleich bei der moralischen Imbezillität Grössewahn auftritt, der seine Quelle in der Selbstüberschätzung und stark

erhöhte Phantasietätigkeit hat, aber nie erreicht er diese Höhe, nie übt er einen derartigen schädlichen Einfluss auf die ganze Persönlichkeit aus, dass ihr Gedankengang vom Normalen ganz verrückt wäre, nie kommen systemisierte Wahnideen zur Erscheinung.

Im hypomanischen Stadium des zirkulären Irreseins kann sich gleichfalls ein der moralischen Imbezillität ähnliches Bild entwickeln. Hier aber zeigen uns der Beginn und Verlauf den richtigen Weg. Zeitweise stellt sich ein Zustand von Erregtheit und Verwirrung abwechselnd ein, der nach längerer Zeit abblasst und erst nach dieser Beruhigung folgen die ethischen Ausfälle und verbrecherischen Handlungen

Auch mit der Hysterie hat die moralische Imbezillität gemeinsame Züge, aber nach genauer Beobachtung ist die Unterscheidung sehr leicht.

Bei Epileptikern kommen auch ähnliche Symptome vor, aber bei diesen bewahren uns in der Regel die Armut der Phantasietätigkeit und die später eintretende gänzliche Verblödung von Irrtum. Ebenso bieten bei der Diagnose gute Anhaltspunkte, die, die Epilepsie charakterisierenden Stigmen, sowie die Krämpfe, Absenze, Schwindel, Störungen des Bewusstseins und Stimmungswechsel.

Mit Rücksicht darauf, dass die moralische Imbezillität eine Folge der invaliden Gehirntätigkeit ist — sind die das Krankheitsbild beherrschenden ethischen Ausfälle als angeborene Erscheinungen zu betrachten — können wir keine grosse Erwartungen an die Prognose knüpfen. Im übrigen bestärkt uns auch die Erfahrung darin. Ich selbst hatte in allen Fällen, wo kein Intelligenzdefekt zu konstatieren war, keine Gelegenheit eine Besserung wahrzunehmen. Von diesen Kranken muss die Gesellschaft bewahrt, sie müssen eliminiert werden. In Irrenanstalten können sie darum nicht untergebracht werden, weil sie die armen Kranken beständig belästigen und weil sie bei dem heutigen no restrain-System leicht entweichen können. Für die müssen besondere Anstalten errichtet werden, wo sie unschädlich gemacht werden und wo man ihnen eine ihren Neigungen entsprechende Beschäftigung geben kann. Von der pädagogischen Behandlung derselben erwarte selber keinen Erfolg. Es giebt solche, die eine derartige Absonderung dieser empfehlen, dass sie eine separate Gesellschaft bilden. Sicher ist es, dass sie uns noch heute viele Sorgen bereiten und wir

wissen noch immer nicht, welches Verfahren ihnen gegenüber das Richtigste wäre.

Vom prophylaktischen Standpunkte empfehlen einige die zwangsweise Sterilisierung, und zwar das Abbinden des vas deferens, das dadurch wenigstens eine Nachkommenschaft von ihnen verhindert wäre.

Wenn ich jetzt diese Form der moralischen Imbezillität überblicke, welche unter der Benennung moralische Idiotie geschildert wird — und das bildet den Gegenstand meines Referates — fand ich, dass bei dem mit dieser Krankheit behafteten Individuen in Folge Störung der Aufmerksamkeit die einzelnen Begriffe nicht genügend fixiert werden und daher, wenn sie reproduziert werden, nicht jene intensive Färbung besitzen, die notwendig ist, damit sie sich vollwertig erweisen — diese letzteren sind es, welche wir als altruistische Gefühle bezeichnen — können sich auch darum nicht entwickeln, weil vom gesteigerten Ich ausgehend, nur die in diesem Kreise sich bewegenden Gefühle im Vordergrunde stehen, das Ich angenehm berührende Gefühle kommen zur Geltung, während die das Ich unangenehm Berührende vernachlässigt werden, oder wie sich die Blenlersche Schule ausdrückt: Die Assoziationen laufen mit Vorliebe in der Richtung ab, in der sie affektbetont sind, beim moralischen Imbezillen treten einzig die rein egoistisch betonten Assoziationen in Aktion, die ihn mit zwingender Notwendigkeit zum Delikte führen.

Auf Grund dieser Auffassung kann nur diese Ansicht und Meinung Geltung haben, dass wir uns hier einer schon von der Geburt an mangelhaft entwickelten Gehirntätigkeit gegenüber befinden, die sämtlichen ethischen Ausfälle und die dadurch begangenen verbrecherischen Handlungen eine Folge der defektuosen Gehirntätigkeit sind.

Wenn wir diese Auffassung im Auge behalten, so begegnet die forensische Beurteilung dieser Personen keinen grossen Schwierigkeiten.

Wir sehen, dass wir es hier mit einer krankhaften Gehirntätigkeit zu tun haben, durch die geistige Störung besitzen sie nicht die Fähigkeit, die Intentionen des Gesetzes aufzufassen. Indem das Gesetz von der Bestrafung aller Derer, die an Störung der Geistestätigkeit leiden, absieht, so müssen auch diejenigen, deren geistige Insuffizienz einen so hohen Grad erreicht hat, dass sie die Intentionen der bestehenden

Gesetze nicht begreifen können, der gesetzlichen Verfügungen enthoben werden.

Bei diesen kann nicht von einem freien Entschluss der Willenskraft die Rede sein, die erwähnten Eigenschaften schliessen diese aus.

Um jedem Missverständnisse vorzubeugen, betone ich abermals, dass meine Auffassung sich nur auf diese Fälle bezieht, wo ich nach dem von mir gesammelten Erfahrungen — die ungefähr auf eine Periode von 18 Jahren zurückreichen — gar keine Besserung konstatieren könnte, wo der Zustand unverändert blieb, bei denen ich schon von der Geburt an eine krankhafte Gehirntätigkeit voraussetzen musste. Meine Ansicht umfasst jene Fälle, welche von Anderen mit dem Namen moralische Idiotie bezeichnet wurde.

Essai de psychiatrie pédagogique des enfants «difficiles».

Par le Docteur JACQUES ROUBINOVITCH, Médecin en chef à l'Hospice de Bicêtre et à l'Asile du Sauvetage de l'Enfance, Membre du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (Paris).

AVANT-PROPOS HISTORIQUE

Les nombreux travaux publiés depuis 1838 sur les «enfants mentalement anormaux»* ont largement contribué à faire mieux connaître cliniquement et pédagogiquement certains enfants désignés sous le nom de «difficiles».

En France, ces travaux ont eu, en 1904, une conséquence d'ordre législatif, puisque les deux Chambres ont voté une loi spéciale destinée à régler l'éducation et le traitement médical des enfants «difficiles» appartenant à l'Administration de l'Assistance Publique: la loi du 28 Juin 1904. Comme suite

* Depuis le médecin-aliéniste Itard et son collaborateur pédagogique Edouard Séguin (dont les principales publications datent de 1838 à 1846), beaucoup de psychiatres, de psychologues et de pédagogues ont consacré leurs travaux au problème de l'éducation et du traitement des enfants anormaux en général et des «enfants difficiles» en particulier. Sans pouvoir citer tous les travaux, nous devons mentionner: les publications en langue française de: Abadie, Albanel, Apert, Beaunis, Beauvisage, Binet, Blin, Paul Boncour, Boulenger, Bourneville, Charron, Chazal, Claparède, Combemale, Compayré, Courjon, Dallemagne, Damaye, Daniel, Decroly, Degand, Delporte, Delvaille, Demoor, Dubois, Duprat, Falret, Féré, de Fleury, Fouillé, Fournier, Mme Fuster, Ganguillet, Grandvilliers, Granjux, Grasset, Grenier, Jonckheere, Joly, Legrain, Ley, Magnan, Manheimer, Maupaté, Mme Musy, Moreau (de Tours), Nyns, Pérez, Philippe, Pornain, Raymond, Régis, Rollet, Roubinovitch, Rouma, Simon, Sollier, Paul Strauss, Toulouse, Van Biervliet, Vaney, Vaschide, Félix Voisin, Jules Voisin, René Voisin, Vurpas, Szana etc.; en langue allemande, celles de: Ebbinghaus, Kuhlmann, Kraepelin, Lobstein, Neumann, Rodenwalt, Sommer, Stern, Trüper, Wagner, Weygandt, Ziehen, etc; en langue anglaise, celles de: Burk, Corter, Berthold, Christopher, Gilbert, Mac Donald, Mackenzie, Porter, Spearmann, Tarbell, Warner, etc.; en langue italienne, les publications de Ferrari, Guicciardi, Morselli, Pizzoli, S. de Sanctis, etc.

à cette loi, le Gouvernement français a institué le 11 Mai 1907 une commission technique chargée d'établir l'organisation d'établissements destinés à traiter des enfants de ce genre. Cette commission qui a terminé ses travaux en Juin 1908 comprenait 21 membres dont huit médecins, notamment : les Drs Bourneville, médecin honoraire de Bicêtre, Maurice de Fleury, publiciste médical, Pierre Janet, professeur de psychologie au Collège de France, Paul Boncour, médecin de l'Ecole de réforme Théophile Roussel, Philippe, professeur à l'école Arago, Raymond, membre de l'Académie de Médecine, Roubinovitch, médecin en chef à l'Hospice de Bicêtre, Thulié, vice-président du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Les autres membres étaient : MM. Albanel, Juge d'Instruction, Alcindor, inspecteur général-adjoint au Ministère de l'Intérieur, Brun, ancien directeur de la Colonie de Douaires, Ferdinand Dreyfus, sénateur ; Granier, inspecteur général ; Grimanelli, Ancien directeur de l'Administration pénitentiaire ; Imbert, Inspecteur général ; Mirman, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques au Ministère de l'Intérieur ; Ogier, Conseiller d'Etat ; Rollet, avocat ; Félix Voisin, Conseiller honoraire à la Cour de Cassation ; Turquan, Chef de Bureau ; Brébion, Inspecteur au Ministère de l'Intérieur.

Ayant été, avec MM. Boncour et Philippe, rapporteur de cette Commission, j'ai pu constater, au cours de diverses discussions, combien le rôle du psychiatre est important : dans la compréhension de l'état mental et moral des enfants «difficiles» ; dans les recherches des causes prédisposantes et occasionnelles déterminant chez les enfants les anomalies passagères ou durables de leur caractère ; dans le choix des moyens thérapeutiques susceptibles de remédier plus ou moins à ces anomalies. C'est au cours de ces discussions que j'ai acquis la conviction que les efforts de la psychiatrie unis à ceux de la pédagogie peuvent permettre d'espérer des résultats féconds pour la prophylaxie des maladies nerveuses et mentales, en particulier de diverses formes des psychoses dégénératives ou de la démence précoce, et aussi de certaines formes de la criminalité. Guidé par ces diverses considérations, j'ai cru utile de condenser dans ce Rapport les notions éparses qui se rattachent au problème des «enfants difficiles» et qui sont susceptibles d'intéresser les médecins aliénistes et neurologistes.

DÉFINITION

Nous nous entendons tous, je crois, pour comprendre sous le nom «d'enfants difficiles» ceux qui ont le caractère mauvais, désagréable et insociable poussé au point qu'il faille les séparer de leur milieu familial ou scolaire habituel et les soumettre à un régime éducatif spécial. Ce terme d'«enfants difficiles» n'est nullement synonyme de celui d'«enfants vicieux».

Les enfants qui se sont fait connaître par leurs tendances nettement vicieuses ont déjà été soumis sans succès aux divers moyens d'éducation et de réforme ; l'échec répété de diverses tentatives pédagogiques prouve que leurs défauts sont profonds et constitutionnels. Chez les enfants dits «difficiles» ces défauts sont moins profonds, plus occasionnels et encore susceptibles d'être supprimés par une intervention pédagogique et psychiâtrique appropriée. D'après notre définition, l'«enfant difficile» ne devra passer au rang de «vicieux» qu'après s'être montré absolument réfractaire à cette intervention spéciale.*

SYMPTOMATOLOGIE CLINICO-PÉDAGOGIQUE

Les signes tirés de l'observation du *caractère des enfants difficiles* se divisent tout naturellement en deux grandes catégories : 1° signes de paresse cérébrale, de dépression intellectuelle, *d'hyposthénie* mentale, et 2° signes d'excitation intellectuelle ou *d'hypersthénie mentale.*

L'*hyposthénie mentale* se caractérise par de l'inertie, de l'apathie cérébrale pouvant aller jusqu'à la torpeur et la stupeur. Elle peut s'observer chez des enfants *non-arriérés* et

* En France, les termes : «enfants difficiles» et «enfants vicieux» ont pénétré dans la législation. D'après la loi du 28 Juin 1904, on appelle «pupilles *difficiles* de l'Assistance Publique» ceux qui n'étant pas susceptibles de bénéficier du placement familial, n'ont pas été considérés par l'Administration de l'Assistance et par l'autorité judiciaire comme assez «vicieux» pour devoir être placés dans les «maisons de correction». La loi française s'inspirant donc des considérations que je viens d'indiquer, sépare complètement les «difficiles» qu'elles veut assister et élever, des «vicieux» qu'elle fait juger et punir. Il faut ajouter d'ailleurs que la différenciation est très variable selon les personnes appelées à l'établir ; elle est encore purement empirique et individuelle.

chez des enfants *arriérés*. Elle se reconnaît souvent à première vue au regard figé et vague de l'enfant. Les hyposthéniques observés au milieu des enfants ordinaires produisent souvent l'impression de masses de chair déposées sur les bancs de la classe qu'ils encombrent bien inutilement. Chez les sujets non-arriérés, l'hyposthénie mentale est tantôt permanente, constante; elle devient alors un véritable obstacle pour leur développement intellectuel; tantôt, cette paresse d'esprit procède par périodes, par crises qui, en se répétant, attirent nécessairement l'attention des parents et des maîtres.

Le jour où l'on a acquis la conviction très nette que l'enfant, sans être un débile ou un arriéré mental, est cependant un paresseux d'esprit ayant la tendance à s'abandonner à une sorte de torpeur, il importe de le soumettre à un examen somatique et psychique destiné à rechercher les causes et la signification de son hyposthénie.

Les signes d'excitation du caractère ou d'*hypersthénie mentale* sont nombreux: impressionnabilité et suggestibilité exagérées, agitation, difficulté de fixer l'attention; mouvements désordonnés d'impatience; mouvements nerveux des muscles divers; bavardage; actes ou gestes d'impertinence, de taquinerie, d'indiscipline, d'inobéissance, de révolte, de colère, de brutalité, de méchanceté, de cruauté; tendance aux mensonges, aux querelles, aux conspirations, aux vols, à l'onanisme, etc.

Ces signes peuvent s'allier à une intelligence normale ou partiellement lacunaire. Là, où l'intelligence n'est point en cause, on constate que l'enfant est capable d'attention, c'est-à-dire de volonté: il le prouve par ses progrès en diverses matières d'enseignement, il n'est point en retard par rapport à ses camarades. Ce qui rend cet enfant «difficile», c'est le désordre de sa conduite, chez lui ou en classe. Seulement, avant de se prononcer d'une façon définitive sur l'importance de ce désordre du caractère de l'élève, il faut l'avoir constaté d'une façon objective, sans aucun parti-pris en faisant vérifier les propres impressions des parents ou des maîtres, par celles d'autres personnes compétentes dans l'éducation des enfants.

Remarquons aussi que les signes de dépression ou d'excitation intellectuelle peuvent s'observer *alternativement* chez les mêmes enfants et cela plus souvent qu'on ne le croit généralement. Ces oscillations, ces intermittences, cet état cir-

culaire ou périodique du caractère existent aussi bien chez des enfants non-arriérés d'intelligence normale que chez des sujets plus ou moins débiles. Ce sont ces enfants-là qui sont tantôt affaissés comme des «chiffons mouillés», tantôt excités comme des «diables».

TYPES CLINICO-PÉDAGOGIQUES

Les types *clinico-pédagogiques* des enfants «difficiles» peuvent ainsi se ramener à *deux grandes catégories :*

I *Enfants à esprit paresseux* ou *hyposthéniques mentaux*, et II *enfants à esprit agité* ou *hypersthéniques mentaux*. Les *hyposthéniques* se subdivisent en deux groupes : 1° *non arriérés* et 2° *arriérés*. Les *hypersthéniques* comprennent également deux groupes : 1° à *intelligence normale* et 2° à *intelligence lacunaire.*

Nous essayerons de donner une description de chacun de ces *quatre* groupes :

1° Enfants difficiles par hyposthénie mentale sans arriération intellectuelle ou hyposthéniques non-arriérés.

Les enfants de ce groupe ont la mémoire et le jugement normaux. Leur hyposthénie mentale se manifeste par une paresse intellectuelle grâce à laquelle ils n'écoutent aucune leçon, par une sorte de dégoût instinctif de tout effort cérébral. Ils ne sont pas curieux des choses que l'on enseigne. Ils n'aiment point se donner la peine de chercher et de trouver la solution à un problème posé. Ils ont une disposition à une sorte d'automatisme cérébral qui les invite à rester toujours dans le même sillon par inertie mentale. Leur regard est souvent rêveur ; on les voit en classe jouer à «bibeloter» silencieusement pendant que le maître s'évertue à expliquer quelque problème auquel ils ne s'intéressent point.

Chez eux, ils présentent la même inactivité psychique. Des enfants de ce genre apprennent bien l'orthographe, mais ils n'entendent presque rien au calcul, au raisonnement. Les mêmes mentent souvent, falsifient parfois leurs notes ; trompent leurs parents et leurs maîtres, imitent habilement les signatures de leurs parents. Beaucoup d'entr'eux sont rancuniers et boudeurs. Quelques uns sont onychophages et onanistes.

2° *Enfants difficiles par hyposthénie mentale avec arriération intellectuelle.*

L'intelligence de ces enfants est au-dessous de la moyenne, mais ne présente, toutefois, rien qui rappelle l'idiotie ou l'imbécillité. Il s'agit d'une *débilité mentale légère* déterminant un retard scolaire de 1, 2 ou 3 ans au plus. Il existe chez eux une incapacité constitutionnelle de s'adapter aux exigences du milieu scolaire et de suivre les leçons. Ils sont «difficiles», parce que la faiblesse native de leur intelligence au-dessous de la normale s'allie souvent à la paresse d'esprit et à des défauts tels que: la coprolalie; la saleté de leur tenue, de leurs mains, de leurs cahiers; le bavardage; la kleptomanie; l'onanisme; des curiosités malpropres relatives aux questions sexuelles; l'inattention plus ou moins agitée; un nervosisme habituel.

Ce qui augmente la difficulté de leur caractère, c'est la nécessité pour eux de se trouver avec des enfants plus jeunes qu'eux, ce qui les irrite et les vexe, surtout lorsqu'ils sont plus grands et plus forts que leurs camarades. Leurs visages sont souvent inexpressifs et les yeux plus ou moins bigles, écarquillés ou fixes; les lèvres sont souvent épaisses et entrouvertes, presque pendantes. Quand on demande à certains d'entr'eux un effort de réflexion, leurs traits se contractent et leurs yeux deviennent plus strabiques qu'à l'ordinaire. Abandonnés à eux-mêmes, ils n'entendent pas ce qu'on leur dit, parce qu'ils n'écoutent pas. En classe, quand on les stimule' ils font quelques efforts pour certaines matières et manifestent une véritable répulsion pour d'autres. Par exemple, ils auront une passion pour la géographie, tandis que l'histoire, la récitation et surtout l'arithmétique, leur inspireront de l'horreur. Ils se sentent «grands» et voient les autres «petits». De là, leur tendance à s'isoler. Ils n'ont pas d'amis parmi leurs camarades qui les trouvent «bizarres» et ne font généralement aucun effort pour se rapprocher d'eux. Leur caractère est d'autant plus «difficile» qu'ils sont plus paresseux, plus en retard, plus conscients de leur infériorité relative. Ils sont souvent animés d'une sorte de colère résultant de la souffrance morale qu'ils éprouvent de ne pas savoir ou de ne pas comprendre. Savent-ils quelque chose, ils crient parfois leur réponse à n'importe quel moment, sans même qu'on les interroge. Ils

tournent alors de tous côtés la tête avec orgueil, comme pour dire : «Vous voyez, je sais!» Si au contraire, on les interroge et qu'ils ne puissent répondre, ils se fâchent, comme si on commettait à leur égard une injustice.

Leur sensibilité est assez facilement éveillée, mais elle ne se manifeste que par des réactions fugaces et pour ainsi dire réflexes : cris, supplications.

Ces mêmes enfants qui se montrent inférieurs en classe, suivent mieux quelquefois leurs idées et répondent mieux quand on les interroge en particulier. En récréation, au grand air, ils sont plus à l'aise, courent, rient, mais jettent souvent les bras et les jambes d'une manière singulière, arythmique, mal coordonnée.

Après un exercice physique un peu violent, leur visage se détend et devient plus expressif.

3° «Enfants difficiles» par hypersthénie mentale avec intelligence normale.

Ces enfants à esprit agité et instable ont habituellement une excellente mémoire et un jugement correct. Ils se rendent généralement insupportables par leur agitation et leur mobilité extraordinaires, par les mouvements incessants des mains, des pieds et de la tête, par leur écriture saccadée, irrégulière. Indisciplinés en tout temps, dans leur famille ou en classe, ils se révoltent facilement contre les punitions ou les mauvaises notes et crient aussitôt à l'injustice. Ils ne peuvent tenir en place, bavardent constamment, mettent le désordre partout. Souvent ils s'adonnent à l'onychophagie et à l'onanisme. Ils sont très suggestibles.

4° Enfants «difficiles» par hypersthénie mentale avec intelligence lacunaire.

L'intelligence de ces enfants, servie souvent par une mémoire facile, n'est vive qu'en apparence. La vivacité apparente de leur esprit n'est en réalité que de l'agitation stérile. Leur jugement est superficiel et vide. Ils veulent toujours répondre les premiers avant même d'avoir entendu la question. Ils parlent à tort et à travers. Manquant de tout contrôle intérieur, ils mêlent presque inconsciemment le faux et le vrai. Dans leur jugement, l'incohérence prédomine. Leur travail est géné-

ralement négligé, mal fait. Les pages de leurs cahiers sont souvent déchirées. Leur écriture est malpropre.

D'une vanité et d'une suggestibilité excessives, ils sont généralement très impressionnables, vifs, irritables, bruyants, portés instantanément à des violences; impulsifs, souvent tyranniques avec leurs camarades et indomptables à l'égard de leurs parents ou de leurs maîtres. On les voit bouger continuellement, aller d'un banc à un autre, faire du tapage, des niches, rire aux éclats, désespérer les parents, les camarades, les maîtres par leurs attitudes insolentes et agressives. Très fréquemment, ils sont onychophages et onanistes.

Leurs emportements, leurs violences, leurs tendances à l'indiscipline, leur vanité en font non seulement des révoltés, mais des meneurs et des organisateurs de désordre. L'ombre d'un prétexte leur suffit pour crier à l'injustice. Ils sont souvent des menteurs et des fripons d'une rare impudence. Ils mentent effrontément, non seulement pour se justifier, mais simplement pour mentir, par habitude. Ils créent souvent des ennuis très graves soit à leurs parents, soit à leurs maîtres ou à leurs camarades, par des mensonges imaginaires. Ils falsifient constamment leurs notes.

ÉTAT SOMATIQUE DES ENFANTS «DIFFICILES»

L'état somatique des enfants à caractère difficile est très variable. Chez quelques-uns, il ne laisse rien à désirer. On peut trouver chez d'autres des malformations, des déviations diverses du type normal (stigmates dégénératifs), des maladies générales comme le rachitisme; des manifestations héréditaires ou acquises d'alcoolisme, de tuberculose ou de syphilis; des maladies localisées à un organe ou à un système de l'économie telles que les diverses tuberculoses localisées, les affections du coeur et des gros vaisseaux; les désordres du système nerveux, comme certaines paralysies, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie; les affections des glandes thyroïde, hypophysaire, testiculaire, mammaire, etc... La recherche de ces troubles somatiques importe au plus haut degré, car elle aide à comprendre certains malaises éprouvés par l'enfant qui contribuent à altérer son caractère; elle permet aussi d'intervenir utilement par des moyens thérapeutiques appropriés.

ÉTIOLOGIE : CAUSES PRÉDISPOSANTES ET OCCASIONNELLES.

L'influence du *sexe* paraît moins importante que celle de l'*âge:* le caractère difficile se manifeste indifféremment chez les *garçons* et les *filles*, principalement autour de la période de la *puberté.* Cette période physiologique constitue un critérium utile pour la répartition des enfants «difficiles» en *prépubères*, *pubères* et *post-pubères.*

De l'examen détaillé d'un grand nombre d'observations d'enfants dits «difficiles» nous avons dégagé, en outre, un certain nombre de causes qu'on peut grouper ainsi :

a) *Du côté des parents : névropathies* et *psychopathies*, le plus souvent de la mère ; *alcoolisme*, le plus souvent du père ; *tuberculose ; mauvais traitements ; complaisance* ou *bienveillance exagérées* qui *gâtent* parfois le caractère ou font plus de mal encore que les mauvais traitements, parce qu'elles poussent les parents à prendre toujours le parti des enfants contre les maitres ; il en résulte que les enfants, aidés souvent de leurs parents refusent de se soumettre à la discipline intellectuelle et morale de l'école ; *complicité des parents dans les tricheries ; absence des parents de la maison*, surtout de la mère appelée à travailler au dehors et mise dans l'impossibilité de s'occuper de l'éducation de ses enfants.

b) *Du côté des maîtres : insuffisance plus ou moins grandes de capacités pédagogiques ; manque de variété ou de vie dans les méthodes d'enseignement ; faiblesse de caractère ; changement de maître.*

c) *Du côté des enfants : Constitution chétive, maladies et infirmités constitutionnelles ou acquises diverses* qui poussent la plupart des parents à *gâter* leurs enfants et qui incitent quelques-uns *(exceptionnellement)* à les *maltraiter; développement physique ou mental retardé; habitudes de mensonge et de tricherie* déterminées soit par la trop grande sévérité des parents ou des maîtres (crainte des châtiments), tantôt par la complicité des parents : *mauvaises conditions hygiéniques* soit de la classe, soit du domicile ; manque d'air ; manque d'exercice ; insuffisance de la nourriture ou de la vêture ; mauvais sommeil ; onanisme.

Nous n'avons énuméré que les causes les plus fréquentes, celles sur lesquelles se porte de prime-abord l'attention des maîtres, des parents et des médecins.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

Il importe de distinguer des *degrés* parmi les «difficiles». Il y a ceux qui sont plutôt des «semi-difficiles» ou mieux des «sub-difficiles». Il y a aussi les «faux difficiles» qui s'améliorent sous l'influence d'un simple changement du milieu ou d'un maître. Il y a donc des raisons multiples de différencier les anomalies légères, puisque le fait même de les découvrir permet, parfois, à un enfant de reprendre une vie normale. Il y a, enfin, des enfants chez lesquels la difficulté du caractère constitue une des manifestations initiales d'une *psychose dégénérative*, d'une *démence précoce*, d'une *méningo-encéphalite diffuse*.

Il est rationnel de diagnostiquer certaines *causes* ayant déterminé la difficulté de caractère ; une action curative peut en découler. Si la médecine est impuissante devant certaines lésions des centres nerveux, il existe des troubles fonctionnels contre lesquels elle est armée et efficace. Par exemple, on s'apercevra que l'enfant est sujet à des *crises nerveuses* méconnues et cependant curables ; qu'il est arrêté dans son développement physique et intellectuel par suite d'*insuffisances glandulaires*. Si on lui donne ce qui lui manque, la croissance du corps et celle de l'esprit pourront se rapprocher de la normale. Certains enfants ont une faiblesse de tempérament qui s'oppose à tout effort ; réclamer d'eux une attention même minime, leur faire exécuter des mouvements sous prétexte de les fortifier, amènerait une fatigue plus intense. Avant toute action pédagogique on peut, par des moyens variés, combattre cette hyposthénie et relever les forces. L'examen médical pratiqué conformément aux principes bien établis par ceux qui ont une compétence en matière médico-pédagogique, révèlera de plus en plus des états morbides, qui, sans être la cause principale d'une infirmité intellectuelle, en sont la causa adjuvante, l'agent provocateur.

Il y a, en effet, des états qui exagèrent une faiblesse intellectuelle et s'opposent ainsi à l'action médico-pédagogique. Un enfant mal doué et qui est porteur en sus d'une *défectuosité sensorielle* ne peut suppléer à celle-ci et fatalement présente une insuffisance très marquée. Que l'on corrige une *vue défectueuse*, que l'on fasse disparaître une *surdité* due par exemple à la présence de *végétations adénoïdes* faciles à

enlever, et l'on ne s'étonnera pas de voir l'élève rebelle jusque là à toute instruction faire des progrès rapides et reprendre rang, après quelques mois, parmi les normaux.

TRAITEMENT DES «ENFANTS DIFFICILES»

Les «enfants difficiles» qui ne peuvent trouver chez eux, dans leur famille, la direction et les soins nécessaires à leur éducation physique, intellectuelle et morale et à qui l'école ou le lycée ordinaires sont incapables de rendre ces mêmes services, doivent être élevés dans des établissements spéciaux, soit en qualité de demi-pensionnaires, soit en qualité d'internes, selon la gravité de leur paresse ou de leur agitation. On a combattu vivement, en France et ailleurs, le régime des internats pour enfants en général. Comme toujours, en combattant passionnément un projet on a exagéré et on est allé jusqu'à mettre en doute l'efficacité de ce régime.

Dans toutes ces discussions, on oublie trop souvent que les enfants dont le caractère est rebelle à toute discipline familiale ou scolaire ou qui ne trouvent pas chez eux ou à l'école le frein à leurs débordements et le stimulant à leur hyposthénie mentale, sont des êtres malades, victimes pour la plupart des conditions dégénératives héréditaires ou acquises, des conditions sociales supprimant l'action maternelle, des facteurs antihygiéniques déplorables, résultant du manque d'air, de lumière, de nourriture, et des soins les plus élémentaires...

Si les internats appelés à recevoir ces enfants difficiles peuvent leur procurer une éducation individuelle appropriée et les éléments essentiels du bien-être physique, ils contribueront à guérir ces enfants, à les rendre actifs et sociables, alors que dans leurs milieux habituels, ils s'acheminent vers le parasitisme ou la malfaisance.

Ces internats dont nous avons étudié la future organisation en collaboration avec le Dr. Paul Boncour * ne doivent avoir rien de commun avec des établissements pour enfants vicieux, criminels, ou idiots, imbéciles, etc. Leur installation doit être faite en dehors de la ville, mais à une distance peu

* Voir notre Rapport sur l'Education médico-pédagogique des «pupilles difficiles de l'Assistance Publique» au Ministère de l'Intérieur, Paris, 1908.

éloignée de façon que les parents, les professeurs, les médecins puissent s'y rendre facilement et rapidement.

Le choix du personnel éducateur et enseignant a une importance considérable. La pédagogie des «enfants difficiles» doit être réservé à des maîtres et à des maîtresses d'un mérite exceptionnel, à ceux d'entr'eux qui ont donné des preuves de capacité spéciale pour l'éducation de ce genre d'enfants.

Aussi, est-il nécessaire de leur assurer des avantages particuliers pour les attacher à l'établissement et pour éviter qu'ils n'aient la tentation de chercher des situations plus avantageuses.

Le changement de bons maîtres est souvent regrettable même pour les enfants normaux ; ce changement devient une calamité lorsqu'il s'agit de sujets à caractère difficile dont la direction pédagogique nécessite une méthode continue et des soins de tous les instants.

L'âge d'admission. Il importe d'entreprendre l'éducation des enfants «difficiles» d'aussi bonne heure que possible et la tenter aussi tardivement que possible.

Aussi, serions-nous d'avis d'admettre ces enfants dans des établissements spéciaux à partir de l'âge de cinq ans jusqu'à l'âge de seize ans. L'admission de chaque enfant serait précédée d'un examen somatique et psychique pendant une période d'observation de quinze jours à un mois. Cet examen éclairera sur l'intensité de l'hyposthénie ou de l'hypersthénie mentale de l'enfant, sur sa santé physique, sur la possibilité de la cure, etc.

Méthodes pédagogiques. Les programmes d'enseignement des «enfants difficiles» ne doivent, en principe, différer en rien de ceux des enfants ordinaires. Une fois encadrés dans l'établissement nouveau, ils y suivront les programmes des établissements d'enseignement primaire ou secondaire, selon les désirs de leurs parents, selon leurs aptitudes intellectuelles personnelles. Les méthodes pédagogiques doivent *s'adapter aux types clinico-pédagogiques* précédemment établis, être *individualisées et intuitives* au plus haut degré.

Travaux manuels. Gymnastique. Jeux. En thèse générale, le travail manuel devrait avoir dans tous les programmes, quel que soit leur degré, une place importante. Il en devrait être de même pour les jeux, la gymnastique, la natation.

Dans le programme d'enseignement primaire adapté à des enfants mentalement inférieurs à la moyenne, le travail manuel devrait occuper une place tout à fait prépondérante; là où c'est possible, on devrait donner toujours la préférence à des travaux susceptibles d'être exécutés au grand air: agriculture, horticulture, sylviculture, etc.

Traitement moral. L'éducation morale joue nécessairement un rôle prépondérant dans un établissement qui se donne la mission de transformer les enfants «difficiles» en sujets faciles, c'est-à-dire: disciplinés et socialement utilisables. Comme de juste, nous attachons une certaine importance à des entretiens quotidiens, à de courtes leçons du maître sur les divers sujets de l'instruction morale et civique. Mais cet enseignement moral pour être vraiment efficace doit être pratiqué dans l'établissement; il doit y être vivant. La maison tout entière, depuis son directeur jusqu'au plus modeste surveillant ou contremaître doit donner l'exemple de l'ordre, de la régularité, de la propreté physique et morale. L'enfant à tendances nonchalantes, hyposthéniques, séjournant dans cette maison, doit se mettre pour ainsi dire malgré lui, au diapason de l'établissement, à un travail méthodique. Un élève hurluberlu, hypersthénique, entraîné par les exemples d'ordre qui l'entourent, doit prendre également, malgré lui, le pli d'une vie réglée. Autant un cours sec et verbal de morale est ennuyeux, agaçant et souvent parfaitement inutile, surtout quand il s'adresse à des enfants instables, autant une démonstration morale pratique, faite à propos d'un évènement réel, vécu par les enfants, sera écoutée avec intérêt et assimilée avec profit. En dehors des entretiens réguliers, on ne saurait trop recommander aux personnes chargées de l'éducation et de la surveillance des «enfants difficiles» de saisir toutes les occasions favorables pour leur parler «au bon moment», au moment où leur cœur touché par quelque évènement fortuit commence à s'ouvrir, commence à se livrer et à se confier.

Les éducateurs trouveront des exemples topiques, des historiettes frappantes, pour expliquer à leurs élèves sous la forme de leçon de chose, les devoirs réciproques des frères et sœurs; les devoirs envers soi-même comme la propreté du corps, la sobriété, la tempérance; les devoirs envers les autres hommes tels que la solidarité, la justice, la bonté, le respect de la propriété, etc.

L'expérience des éducateurs de tous les pays conclut aujourd'hui d'une façon unanime à cette loi pédagogique: pour diriger le sens moral des enfants, il faut savoir avant tout capter leur affection et leur confiance. En d'autres termes, un maître qui est aimé de ses élèves en fait ce qu'il veut par la *suggestion* et la *persuasion*.

Mais pour que cette loi s'applique aussi bien aux enfants hypo ou hypersthéniques, toujours dans ces entretiens, dans ces leçons de choses morales, il faut tenir compte de la mentalité du sujet et mettre les explications à la portée des intelligences. A cette question d'éducation morale des «enfants difficiles», se rattache naturellement celle des *récompenses* et des *punitions*.

Au dossier médico-pédagogique de chaque enfant devra être annexée une feuille sur laquelle seront inscrites tous les mois ou tous les trimestres les notes, les observations d'ordre moral les concernant. Pour les punitions comme pour les récompenses, il est indispensable de s'inspirer du caractère et de la mentalité individuels des enfants. C'est toujours la méthode *d'individualisation*, de *personnalisation* qui est de mise. En effet, l'observation démontre que les enfants hyposthéniques sont plus vaniteux, plus sensibles à toutes les distinctions comme à toutes les humiliations, que les enfants normaux et surtout que les enfants hyposthéniques. Nous laissons aux éducateurs le soin de s'inspirer de ces *desiderata* dans l'application *individualisée* des récompenses et des punitions. Disons seulement que *l'isolement* ne doit être décidé qu'après l'avis du médecin et que les enfants isolés, dont le régime alimentaire sera établi selon les prescriptions médicales, doivent toujours être occupés à un travail utile. Il est nécessaire que ces enfants soient visités chaque jour par le Directeur, le médecin, le surveillant, à tour de rôle. Si le médecin juge l'isolement préjudiciable à la santé de l'enfant, il en réfère au Directeur qui fait suspendre cette punition.

Surveillance de jour et de nuit. Avant d'en finir sur cette question de l'éducation morale, rappelons l'urgence qu'il y a à surveiller les enfants «difficiles» au point de vue de l'onanisme solitaire ou en commun. Dans le jour on s'opposera aux causeries isolées, au séjour des enfants dans les cabinets d'aisance, etc.; la nuit, un surveillant de garde empêchera toute conversation, tout bruit, tout acte pouvant troubler le

calme et le repos du dortoir. Il veillera sur les gestes de ceux qui sont signalés comme s'adonnant à l'onanisme, plaie de tout internat et plus encore d'un internat de dégénérés.

Traitement médical. En règle générale, tous les enfants reconnus «difficiles», chez eux ou à l'école, doivent être soumis à un examen médical. Chaque établissement consacré à des enfants de ce genre doit avoir un médecin, assisté, s'il y a lieu, d'un médecin adjoint appelé à le remplacer en cas d'absence par maladie ou par congé. Le médecin a un rôle à la fois curatif et psychologique, faisant de lui un collaborateur indispensable des éducateurs de ces enfants. Les maîtres de ces «difficiles» devraient pouvoir consulter à chaque pas le médecin pour toutes les mesures, les régimes, les horaires des classes, etc.

C'est au médecin qu'incombe la tâche d'indiquer les traitements divers : diététique, médicamenteux, opothérapique, hydrothérapique et psychothérapique qui doivent être employés pour tel ou tel enfant. S'il s'agit d'un établissement spécial, le rôle du médecin est nettement déterminé : à l'arrivée de l'enfant celui-ci est mis en observation et le médecin, de concert avec un pédagogue, constitue le dossier médico-pédagogique qui est le point de départ de tout traitement.

Observation clinique. Au cours du séjour de l'enfant dans l'établissement, le médecin l'examinera deux ou trois fois par an et continuera ainsi le dossier médico-pédagogique commencé lors de la période d'observation. Le carnet, dans le genre de celui élaboré par nous en collaboration avec MM. Boncour et Philippe pour le Ministère de l'Intérieur*, devra se prêter à cette multiplicité d'examens en contenant les cases nécessaires. Le médecin notera l'état des organes, leurs défectuosités, et fera des mensurations propres à indiquer l'état de santé.

Il pourra être appelé à donner son avis sur des manifestations morbides (accès de colère, agitations, crises nerveuses diverses, fatigues anormales), et à indiquer le traitement.

D'ailleurs, la collaboration constante du médecin et du maître est une des garanties de la bonne réussite du traitement. En outre, il existe un certain nombre d'enfants que

* Loc. cit.

le médecin devra suivre plus particulièrement : ceux atteints *d'incontinence d'urine*, qui seront soignés et qui seront réveillés la nuit par les veilleurs ; ceux qui ont des *tics ;* ceux qui ont des *troubles de la parole* (bégaiement, blésité ou autres) et doivent être guéris de leurs défectuosités ; ce traitement se fera nécessairement sous la direction médicale.

Tenue du dossier médical. La constitution du *dossier médico-pédagogique* qui suit l'élève partout est très importante ; c'est dans ce dossier que doivent être consignées toutes les observations médicales et pédagogiques susceptibles de renseigner sur la nature de l'enfant, sur sa santé, sur ses progrès, sur ses aptitudes, etc. Le dossier doit comprendre deux parties : un carnet de santé tenu par le médecin ; un carnet pédagogique tenu par les maîtres.

Direction médicale de l'Infirmerie. C'est naturellement au médecin qu'appartient la *direction de l'Infirmerie.* Selon l'importance de l'effectif de l'établissement médico-pédagogique, l'infirmerie contiendra un nombre plus ou moins considérable de lits séparés en autant de boxes. Un infirmier ou une infirmière y seront attachés d'une façon permanente et se conformeront scrupuleusement, dans tous les détails du service, aux règles d'hygiène et de thérapeutique prescrites par le médecin. Un règlement spécial devra établir les relations entre le directeur, les agents de service et le médecin pour le fonctionnement de l'Infirmerie.

Über die Möglichkeit der Feststellung des geistigen Kanons des Normalmenschen.

Von Dr. PAUL RANSCHBURG, Budapest.

Infolge der Entwicklung der psychologischen Untersuchungsmethoden ist es möglich geworden, neben der Bearbeitung der Aufgaben der Individualpsychologie auch an die — ausdrücklich zuerst wohl von MOEBIUS [1] geforderte — Aufstellung der *Kanons des Normalmenschen* und hiemit gleichzeitig an die Feststellung der unteren Grenzen der geistigen Normalität zu schreiten.

Vorarbeiten zur Feststellung solcher Kanons sind schon vielfach durchgeführt worden und *beweisen die Möglichkeit der Durchführbarkeit der Aufgabe.*

Hauptsächlich ist es das Kindesalter und jugendliche Alter, welches diesbezüglich durchgearbeitet wurde und in welchem Gebiete wir bereits methodisch erzielte, verwendbare Kanons besitzen.

Es mögen, — ohne Anspruch auf Vollständigkeit der Aufzählung, besonders in ihrer Bedeutung als für pathologische Bewertungen gut verwendbar, — angeführt werden die Untersuchungen von ZIEHEN,[2] HARTMANN,[3] EPERJESSY [4] über den Vorstellungsschatz des Kindes, die Forschungen ZIEHENS über Qualität und Dauer des Vorstellungsverlaufes im Alter von 7—14 Jahren, die Untersuchungen W. STERNS [5] über Auffassungs- und Aussagetreue im Kindesalter, (weiter ausgeführt von LIPMANN, RODENWALDT, WRESCHNER, MORAVCSIK, v. BALOGH, und andern), pathologisch verwertet an Imbezillen von RANSCH-

[1] Über Entartung, 1900.

[2] Die Ideenassoziation des Kindes, Berlin, 1900, Heft I u. II.

[3] Die Analyse d. kindl. Gedankenkreises etc. 4-te Aufl. 1906.

[4] Siehe: RANSCHBURG, A gyermeki elme, 2. Aufl. 1908. — Ferner: Népmivelés, 1906.

[5] Siehe besond. Beiträge z. Psycholog. d. Aussage, Bd. I u. II., 1903 bis 1906. — Ferner ihre Fortsetzung als: Zeitschr. f. angewandte Psychologie, von 1907 an.

RURG, an Geisteskranken von H. ROEMER (Giessen), ferner BINET und SIMONS[1] höchst beachtenswerte Kanons des Alters von 3—13 Jahren, mit ihrer «échelle métrique de l'intelligence» (auch nachgeprüft von DECROLY und DEGAND, gegenwärtig weiter durchgeführt von O. LIPMANN), ferner Arbeiten über das kindliche und reifende Gedächtnis von BINET und HENRI,[2] von A. POHLMANN[3] und von RANSCHBURG,[4] von A. BERNSTEIN und BOGDANOFF,[5] die Kanons der elementaren Rechenarten im Alter von 7—10 Jahren, festgestellt von RANSCHBURG[6] und insbesondere die bisher bloss in kurzen Zügen veröffentlichten psychischen Kanons der anthropologisch-psychologischen, grosszügigen Arbeit von E. MEUMANN[7] u. L. HOESCH-ERNST[8] etc. angeführt werden.

Kanons des erwachsenen Normalmenschen auf Grundlage weit ausgedehnter Untersuchungen sind verhältnismässig in geringerer Zahl vorhanden. Zumeist sehr genaue, vorzüglich an intelligenten und in der Selbstbeobachtung geübten Versuchspersonen erhaltene Normalwerte liefern die Arbeiten KRAEPELINS und seiner Schüler,[9] die Veröffentlichungen der WUNDTschen Schule[10] und die Arbeiten aus den verschiedenen psychologischen Laboratorien.[11] Besonders zu nennen sind die Kanons der Assoziationen der Normalen, zu finden in den Arbeiten von ASCHAFFENBURG, CLAPARÈDE, JUNG, WRESCHNER, J. H. WATT, etc.

Eine nachahmenswerte, auch praktisch wertvolle Arbeit

[1] L'année psychologique, 1908, Bd. XIV.

[2] L'année psychologique, Bd. I., 1894.

[3] Exper. Beiträge z. Lehre v. Gedächtnis, 1906.

[4] Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, 1901, Bd. IX. — Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten, 1908. Bd. III.

[5] Beitr. z. Psychol. der Aussage, 1906.

[6] Zeitschr. f. exper. Pädagogik, 1908, Bd. VIII.

[7] Zeitschr. f. exper. Pädagogik, Bd. I. 1905.

[8] Das Schulkind in seiner körperlichen u. geistigen Entwicklung, I. 1907.

[9] S. KRAEPELIN, Psycholog. Arbeiten, 1896, I. u. folg. II.—V. Bde.

[10] Philos. Studien, 20 Bde u. als neuere Folge Psychologische Studien.

[11] Siehe: Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurol., Journal f. Psychol. u. Neurol., Zeitschr. f. Psychol., Archiv f. ges. Psychol., Klinik für psychische u. nerv. Krankheiten, Monatsschrift f. Kriminalpsychologie Rivista die Freniatria, etc. etc.

liefert RODENWALDT in seiner «Aufnahme des geistigen Inventars Gesunder als Masstab für Defektprüfungen bei Kranken.» (Monatsschr. f. Psychisch. und Neurol. XVII. Ergänz.-Bd.)

Was ganz besonders nottut, das sind die noch gänzlich *fehlenden Kanons der Gefühlswelt.* Diesbezüglich ist die gegenwärtige *experimentelle Untersuchungsmethodik* noch viel zu umständlich und unverlässlich, als dass schon an Aufstellung praktisch verwertbarer Kanons ernstlich gedacht werden könnte. Trotzdem sind einzelne Arbeiten auch auf diesem Gebiete schon vorhanden. Infolge der ganz besonderen Wichtigkeit dieses Gebietes ist es geboten zu überlegen, ob wir uns nicht in grösserem Masse als bisher, der *Sammelforschung* mittels sorgfältig redigierter und unter bestimmten Kautelen ausgefüllter *Fragebogen* bedienen sollen.

Die Kanons der *Reflexe* unter dem Einflusse der normalen und abnormen geistigen Zustände sowohl, als auch die Kanons der verschiedenen *Ausdrucksbewegungen* sind insbesondere von R. SOMMER [1] und seiner Schule experimentell festgestellt und in pathologischen Fällen verwertet worden.

Zu erwähnen sind noch insbesondere die KRUEGER-SPEARMANNschen [2] Untersuchungen über die *Korrelationen* zwischen den verschiedenen *geistigen Fähigkeiten* des Normalmenschen.

Behufs der weiteren, möglichst *plangemässen und einheitlichen Aufarbeitung des Kanons des Normalmenschen* wäre eine *internationale Einigung betreffs der Arbeitspläne und der Arbeitsmethoden* wünschenswert. (Anschluss an die Gesellschaft für experim. Psychologie, an das Institut für angewandte Psychologie.)

Als *Mitarbeiter* könnten hiebei ausser den Psychiatern, Neurologen und Fachpsychologen herangezogen werden, insbesondere Pädagogen und Juristen (Leiter und Hörer philosophischer, pädagogischer und kriminalpsychologischer Seminare), Gesellschaften für psychologische, sowie solche für pädagogische Forschung, Heilpädagogen, in der Untersuchungsmethodik geschulte Militär-, Gerichts- und Gefängnisärzte, denen besonders die unintelligenten, bezw. ungebildeten, ferner die geistig und moralisch tiefstehendsten Schichten des Normalmenschen zugänglich sind.

[1] Lehrb. d. psychopathol. Untersuchungsmethoden 1899.

[2] Zeitschr. f. Psychol., Bd. 44.

Kanons haben im allgemeinen zu berücksichtigen:

a) Bezüglich des Individuums: Die Altersstufe, das Milieu, die allgemeine und spezielle Vorbildung, die durchschnittliche Begabung (Intelligenz).

b) Bezüglich der fraglichen Fähigkeit: Die Abhängigkeit oder Unabhängigkeit von speziellen Kenntnissen, Korrelation mit sonstigen Fähigkeiten, möglichste Unabhängigkeit von spezieller oder vieldeutiger Terminologie.

c) Bezüglich des Stoffes, mit welchem die Untersuchung durchgeführt wird: Abhängigkeit von der Quantität, von der Qualität, von den physischen Bedingungen der Darbietung.

d) Bezüglich der Leistung: Quantität, Qualität, Treue, zeitlicher Verlauf, subjektive und objektive Sicherheit der richtigen Quantität, Qualität, zeitlicher Verlauf der falschen. — Quantität und Verlauf der Nullreaktionen.

Bezüglich der *Form der Kanons* unterscheiden wir:

a) *Kurven oder Tabellen von Mittelwerten* (Zentralwerten) gewisser intellektueller Funktionen. Dieselben sollen zum Zweck ihrer praktischen Verwendbarkeit immer auch die Streuung der Zentralwerte (resp. mittlere Variation), den Maximal- und den Minimalwert anführen.

b) *Individualtabellen*, welche uns keine Gruppenmittelwerte, sondern Umfang, Dauer, Treue, etc. der Leistungsfähigkeit eines jeden untersuchten Individuums vorführen. Dieselben sind besonders angezeigt, wenn es sich um Kanons handelt, die aus einer kleinen Gruppe von untersuchten Normalen gewonnen sind.

c) *Häufigkeitswerte*, welche uns die Häufigkeitsprozente, mit welchen eine bestimmte Anzahl der untersuchten Normalen in den nach Grössengruppen geordneten Leistungsergebnissen teilnimmt, mitteilen.*

Diese Art Tabellen bieten den tiefsten Einblick in die grösse der Wahrscheinlichkeit, mit welcher von einem normalen bestimmten Alter, bestimmter Begabung, Bildung, etc. eine gewisse Leistung zu erwarten ist, und sind auch zur Feststellung des Grades der Abweichung von der Normalität in pathologischen Fällen am meisten verwertbar.

* Zum erstenmal angewendet von Tigerstedt (1883). — Die verschiedenen Arten der Häufigkeitsberechnungen beschreibt übersichtlich A. Boström, die Benennung optischer Eindrücke, Klinik f. psychische u. nerv. Krankheiten, 1909. Bd. IV.

Als Beispiele der tatsächlich erwiesenen Möglichkeit von Aufstellung der Kanons gewisser geistiger Funktionen mögen die folgenden Kanons verschiedener Forscher über *das Gedächtnis des Normalmenschen* in seiner Abhängigkeit von den psychophysischen Bedingungen, vom Alter, von der Begabung, vom Lernstoffe etc. dienen, von Kanons, die zumeist auch schon zur Feststellung der Art und des Grades der pathologischen Abweichung herbeigezogen worden sind:

I. Kanon des Wiedererkennens von A. Bernstein u. T. Bogdanoff durchgeführt an 286 Schülern im Alter von 7—15 Jahren und 55 Erwachsenen.[1]

Aus 30″ hindurch simultan exponierten 9 Figuren wurden sofort nach beendeter Exposition aus einer Gruppe von (9 + 16) = 25 Figuren als schon gesehene wiedererkannt:

Alter	Zahl der Schüler	Richtige Angaben n/9	Falsche Angaben n/9	Minimum der richtigen Angaben[2]	Irrige Angaben fehlten ganz bei:
7	4	4,5	1,5	3	0 %
	34	6,0	2,0	3	26 %
9	45	6,4	1,6	4	20 %
10	52	6,6	1,4	3	21 %
11	40	6,9	0,9	3	45 %
12	41	7,1	1,2	3	29 %
13	47	7,5	1,0	3	46 %
14	17	8,0	0,4	4	70 %
15	6	8,2	0,6	7	? %
Erwachsene	55	7,6	0,8	6	45 %

Ähnliche Untersuchungen wurden von Bernstein u. Bogdanoff auch an einer grossen Reihe verschiedenartigen Krankheitsformen zugehöriger Geisteskranken durchgeführt.

II. Kanons des Gedächtnisses für Untersuchungen mittels der Methode der behaltenen Glieder (Binet u. Henri, Bolton, Ebert u. Meumann, Finzi, Kemsies, Lobsien, Netschaejeff, Pohlmann, etc.).

1. *Umfang des unmittelbaren Behaltens für verschiedene Arten von Lernstoff in seiner Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Begabung (durchgeführt an 60 Knaben u. 60 Mädchen der Mittelschule zu Osnabrück) B = begabt; U = unbegabt.* Nach A. Pohlmann.[3]

Es wurde in Prozenten ausgedrückt behalten aus Reihen von 10, akustisch — mittels 3-maliger Wiederholung — dargebotenen:

[1] Zumeist bei trägen, oder unintelligenten Schülern.
[2] Zeitschr. f. Psychol. d. Aussage, Bd. II.
[3] Exp. Beiträge z. Lehre v. Gedächtn., Berlin, 1906.

	Klasse	Alter	Sinnlosen Silben		Zahlen		Namen von Anschauungs-gegenständen		Konsonanten		Gesamt-durchschnitts-prozent	
			Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
B	VI.	9	30	13	54	66	62	74	54	52	50	52·75
U			6	19	24	58	40	62	24	50	23·5	45·75
B	V.	10	26	31	44	58	56	75	56	78	45·5	60·5
U			21	15	50	54	74	64	56	53	50·25	46·5
B	IV.	11	52	41	66	52	82	83	78	82	69·5	64·5
U			18	32	46	62	58	71	64	62	46·5	56·75
B	III.	12	35	50	56	72	82	90	80	84	63·25	74·0
U			33	32	62	72	66	84	76	72	59·25	65·0
B	II.	13	45	51	84	76	80	84	82	72	72·75	70·75
U			36	57	82	82	82	92	84	80	71·00	75·75
B	I.	14	47	56	80	72	86	92	90	84	75·75	76·00
U			39	48	66	78	80	83	78	86	65·75	73·75

2. *Die Fähigkeit des Behaltens in ihrer Abhängigkeit von der Zahl der Darbietungen* (nach A. POHLMANN).

Versuchspersonen: Schüler der Knabenmittelschule, der Präparandie u. des Seminars zu Osnabrück.		In Prozenten ausgedrückt wurde behalten aus Reihen von 10, akustisch dargebotenen sinnvollen Worten (Namen von Anschauungsgegenständen) bei		
Klasse	Alter	1-maliger Darbietung	2-maliger Darbietung	3-maliger Darbietung
VI. Mittelschulkl.	9 Jahre	47,5 %	52,8 %	54 %
V. «	10 «	46,0 %	53,5 %	60 %
IV. «	11 «	61,0 %	70,0 %	75 %
III. «	12 «	66,0 %	71,0 %	82 %
II. «	13 «	59,5 %	78,0 %	87 %
I. «	14 «	62,5 %	83,0 %	83·5 %
III. Präparandiekl.	15 «	57,0 %	72,0 %	81,5 %
II. «	16 «	67,0 %	73,0 %	79,0 %
I. «	17 «	69,5 %	69,0 %	70,5 %
III. Seminarkl.	18 «	59,0 %	76,5 %	78,5 %
II. «	19 «	67,0 %	84,0 %	86,0 %
I. «	20 «	75,0 %	82,0 %	91,0 %
Gesamtdurchschnittsprozentsatz		61·5 %	72·0 %	77·5 %

Die beiden Kanons zeigen uns die Prozentzahlen des unmittelbaren Behaltens für 10-gliedrige Silben-, Zahlen-, Wort- und Konsonantenreihen in ihrer auffälligen Abhängigkeit von Alter und Begabung, sowie das relativ minder auffällige Wachstum des Ergebnisses bei ein-, bezw. 2-, bis 3-maliger Wiederholung derartiger Reihen, ferner auch die obwohl nicht hochgradige, doch unbezweifelbare Abhängigkeit vom Geschlecht der Versuchspersonen.

Versuche mittels der Methode der behaltenen Glieder wurden auch in pathologischen Fällen, so von LOBSIEN an schwachsinnigen Kindern ausgeführt.

III. Kanons des Gedächtnisses für sinnvolle Wortverbindungen. *Treffermethode.* (Nach P. RANSCHBURG).*

A) *Akustisches (akustisch-motor.-akustisches) Wortgedächtnis im Schulkinderalter.*

Geprüft an 58 Schulkindern im Alter von 7—11 Jahren (4 Volksschulklassen).

Aus insgesamt 39 Wortpaaren (2 Serien à 6 Wortpaaren und 3 Serien à 9 Wortpaaren) wurden nach 6 Sekunden Pause richtig reproduziert:

1. Kanons des unmittelbaren Behaltens.

a) *Umfang der Leistung.*

0— 25,0 %	der Paarworte	von	0,0	Prozent	der	Schüler
25,1— 50,0 %	«	«	5,2	«	«	«
50,1— 75,0 %	«	«	10,3	«	«	«
75,1—100,0 %	«	«	84,5	«	«	«

Der Zentralwert der 58 Schüler beträgt 85,9 Prozent Umfang.
Der Maximalwert ist: 97,5%
Der Minimalwert ist: 25,6%

b) *Dauer der Leistung.*

Der Zentralwert der Reproduktion beträgt:

zwischen	1,0—2,0	Sekunden	bei	65,4	Prozent	der	Schüler
«	2,1—3,0	«	«	32,8	«	«	«
«	3,1—4,0	«	«	01,8	«	«	«
«	4,0—x	«	«	00,0	«	«	«

Der Gruppenzentralwert der 58 Schüler beträgt 2,0 Sekunden.
Kürzester Mittelwert: 1,2 «
Längster « 3,1 «

Mithin beträgt die unterste Grenze der Normalität bez. des unmittelbaren Gedächtnissumfanges bez. 25,6%, der Reproduktionsdauer 3,1 Sekunden.

Diese langsamste Reproduktionsdauer und der geringste Umfang kommen einem und demselben Kinde der 4-ten Klasse zu, das sich aus sämtlichen Gegenständen des Unterrichts als äusserst schwachbegabt erweist.

2. Kanons des konservativen Gedächtnisses.

Nach 24 Stunden ohne wiederholte Einprägung von neuem ausgefragt.

* S. Üb. Art u. Wert klinischer Gedächtnismessungen etc. SOMMERS Klinik f. dsychische u. nervöse Krankheiten. Teil I. (1907), II. (1908), III. (1909).
Ferner: A kóros értelmi gyengetehetségüség elhatárolása a fiziologiás korlátoltságtól (die Abgränzung d. pathologischen, geistigen Schwachbefähigung von der physiologischen Beschränktheit) Orvosi Hetilap, «Elme- és Idegkórtan» — mellékl. 1908.

a) *Umfang der Leistung.*

0— 25,0	Prozent	Paarworte	ergaben	1,8	Prozent	der	Schüller
25,1— 50,0	«	«	«	1,8	«	«	«
50,1— 75,0	«	«	«	31,5	«	«	«
75,1—100,0	«	«	«	64,9	«	«	«

Der Gruppenzentralwert der 57 Schüler beträgt nach 24 Stunden 80,8 %, also 94 Prozent des unmittelbaren Behaltens, das durchschnittliche Vergessen also 6 Prozent.

Der Umfang des Gedächtnisses nach 24 Stunden

ist grösser als der Umfang des unmittelbaren Behaltens	bei	27,5 %	der	Schüler
bleibt unverändert	«	8,5 %	«	«
ist geringer als der « « «	«	64,0 %	«	«

b) *Dauer der Leistung.*

der Zentralwert der Schüler nach 24 Stunden beträgt

zwischen	1,0—2,0	Sekunden	bei	61,4	Prozent	der	Schüler
«	2,1—3,0	«	«	26,8	«	«	«
«	3,1—4,0	«	«	1,8	«	«	«
«	4,1—x	«	«	0,0	«	«	«

Der Gruppenzentralwert beträgt 2,0 Sekunden.
Der kürzeste zentrale Zeitwert beträgt 1,4 Sekunden.
Der längste « « « 3,3 «

Der längste Zeitwert gehört dem nämlichen unbegabten Kinde mit dem geringsten unmittelbaren Gedächtnisumfang und der längsten unmittelbaren Reproduktionsdauer an.

3. Kanon der falschen Reproduktionen (Fehlerinnerungen).

Das Verhältniss der unrichtigen Reproduktionen *(Rf)* zu den fehlenden (wegbleibenden) Reproduktionen (R_0) ist

		Rf :	R_0
im Alter von	9—10 Jahren	72,7 %	27,3 %
	10—11 «	82,4 %	17,6 %
	11—12 «	82,4 %	17,6 %

Die Wahrscheinlichkeit dessen, dass jemand im Falle der Gehemmtheit der Reproduktion mit einer falschen Erinnerung reagirt, ist demnach grösser, als diejenige, dass er nicht reagirt.

B) *Akustisches Wortgedächtnis im Reifealter.*

Untersucht (von meinem Assistenten Dr. Jos. Vèrtes) an 12 verschieden befähigten Mittelschülern der 7-ten Realschulklasse (Sekunda) im Alter von 17—19 Jahren. Methodik und Wortpaarmaterial das nämliche, wie bei der Untersuchung der Volksschüler.

1. Kanon des unmittelbaren Behaltens.

a) *Umfang der Leistung.*

0— 25,0	Prozent	Treffer	lieferten	0,0 %	der	Schüler
25,1— 50,0	«	«	«	0,0 %	«	«
51,0— 75,0	«	«	«	16,7 %	«	«
75,1—100,0	«	«	«	83,3 %	«	«

Der Gruppenzentralwert beträgt 82,75 Prozent.
Der Maximalwert « 96,2 «
Der Minimalwert « 52,7 «

b) *Dauer der Leistung.*

Zwischen	1,0—2,0	Sekunden	reproduzierten	100,0	Prozent	der	Schüler
«	2,1—3,0	«	«	0,0	«	«	«
«	3,1—4,0	«	«	0,0	«	«	«
«	4,1—x	«	«	0,0	«	«	«

Der Gruppenzentralwert der Reproduktionsdauer beträgt 1,25 Sekunden.
Der kürzeste Zeitwert « 1,00 «
Der längste « « 1,80 «

2. Kanon des konservativen Gedächtnisses für 24 Stunden.

a) *Umfang der Leistung.*

0,0— 25,0	Prozent	Treffer	lieferten	0,0 %	der	Schüler
25,1— 50,0	«	«	«	0,0 %	«	«
50,1— 75,0	«	«	«	41,0 %	«	«
75,1—100,0	«	«	«	58,3 %	«	«

Der Gruppenzentralwert beträgt 77,55, also 93,72 % des unmittelbaren Umfangswertes; das Vergessen innerhalb 24 Stunden beträgt also durchschnittlich 6,28 % der bei des ersten Ausfragung sich ergebenden Umfanges.

Der Maximalwert beträgt 92,6 Prozent.
Der Minimalwert « 52,7 «

$Ac > Ai$ in 8,3 %
$Ac = Ai$ « 0,0 %
$Ac < Ai$ « 91,7 %

b) *Dauer der Leistung.*

Die Reproduktionsdauer nach 24 Stunden beträgt

zwischen	1,0—2·0	Sekunden	bei	100,0	Prozent	der	Schüler
«	2,1—3·0	«	«	0,0	«	«	«
«	3,1—4·0	«	«	0,0	«	«	«
«	4,1—x	«	«	0,0	«	«	«

Der Gruppenzentralwert beträgt 1,6 Sekunden.
Der längste Zeitwert « 2,0 «
Der kürzeste « « 1,2 «

3. Kanon der falschen Reproduktionen (Fehlerinnerungen).

a) *Unmittelbares Behalten.* $Rf : R_0$.

$Rf > R_0$ bei 41,7 % der Schüler
$Rf < R_0$ bei 50,0 % « «
$Rf = R_0$ bei 8,3 % « «

Die Zahl der Fälle, wo die Häufigkeit der Fehlerinnerungen grösser, als diejenige der Nullreproduktivnen ist, ist beim unmittelbaren Behalten etwas geringer, als die Zahl der Fälle, in denen die Häufigkeit sich umgekehrt verhält, d. h. es ist fast ebenso wahrscheinlich, dass im Falle gehemmter Reproduktion eine falsche, als dass überhaupt keine Reproduktion erfolgt.

b) *Konservatives Gedächtnis.*

$Rf > R_0$ bei 75,0 % der Schüler
$Rf = R_0$ bei 0,0 % « «
$Rf < R_0$ bei 25,0 % « «

Bei der Prüfung nach 24 Stunden ist demnach die Wahrscheinlichkeit dessen, dass im Falle gehemmter Reproduktion eine Fehlerinnerung erfolgt, um das doppelte grösser, als die der völligen Versagens der Reproduktion.

C) *Optisches (optisch-akustisch-motorisches) Wortgedächtniss.*

Geprüft an 27 Erwachsenen (hievon 21 Gebildete, 6 Ungebildete).

Methodik: Vorführung mittels Mnemometer, zumeist 7 Serien à 9 Wortpaare, Expositionszeit 2,0 Sekunden (bei 3 Ungebildeten 2,5 Sek.) pro Wortpaar. Latenzzeit 6 Sekunden.

Kanons des unmittelbaren Behaltens.

a) *Umfang der Leistung.*

Zwischen	0,0— 25,0	Prozent	Treffer	lieferten	0,0 %	der	Erwachsenen
«	25,1— 50,0	«	«	«	0,0 %	«	«
«	50,1— 75,0	«	«	«	25,9 %	«	«
«	75,1—100,0	«	«	«	74,1 %	«	«

Gruppenzentralwert ... ... 88,9 %.
Maximalwert ... ... 100,0 %.
Minimalwert ... ... 58,9 %.

b) *Dauer der Leistung.*

Zwischen	0,8—2,0	Sekunden	reproduzierten	92,9 %	des Erwachsenen
«	2,1—3,0	«	«	7,1 %	« «
	3,1—4,0	«	«	0,0 %	« «
	4,1—x	«	«	0,0 %	« «

Gruppenzentralwert ... ... 1,25 Sekunden
Kürzester Zeitwert ... ... 0,80 «
Längster « ... ... 2,37 «

Bei den *Gebildeten* war der Gruppenzentralwert 1,17
der kürzeste Wert 0,80
der längste Wert 1,61.

IV. Kanons der unteren Grenzen des (akust. mot. akust.) Wortgedächtnisses der Normalen, verglichen mit den Kanons der geistig Schwachbefähigten. (Von P. Ranschburg).

1. Umfang der Leistung.

a) *Unmittelbares Behalten (Ai).*

		Aus 17 unbegabtesten Schülern von 7—12 Jahren	Aus 37 pathologisch schwachbefähigten Schülern der II.—VI. Hilfsschulklasse:
0,0— 25,0 %	Treffer ergaben	0,0 Prozent	2,7 Prozent
25,1— 50,0 %	« «	11,8 «	16,2 «
50,1— 75,0 %	« «	17,6 «	46,0 «
75,1—100,0 %	« «	70,6 «	35,1 «

b) *Wortgedächtniss nach 24 Stunden (Ac).*

0,0— 25,0 %	Treffer ergaben	0,0 Prozent	5,0 Prozent
25,1— 50,0 %	« «	6,0 «	46,0 «
50,1— 75,0 %	« «	53,0 «	38,0 «
75,1—100,0 %	« «	41,0 «	11,0 «

c) *Das Verhältnis von Ac zu Ai.*

	Bei den beschränktesten Normalen:	Bei den pathologisch Schwachen:
$Ai > Ac$	in 70,6 Prozent	in 100,0 Prozent der Fälle.
$Ai = Ac$	in 5,9 «	in 0,0 « « «
$Ai < Ac$	in 23,5 «	in 0,0 « « «

2. Dauer der Leistung.

a) *Unmittelbare Reproduktionsdauer.*

	Von den beschränkten Normalen	Von den pathologisch Schwachen
1,0—2,0 Sekunden	52,4 Prozent	21,6 Prozent
2,1—3,0 «	41,1 «	59,4 «
3,1—4,0 «	6,0 «	10,8 «
4,1—x «	0,0 «	8,2 «

b) *Reproduktionsdauer nach 24 Stunden.*

1,0—2,0 Sekunden	47,0 Prozent	24,4 Prozent
2,0—3,0 «	47,0 «	48,7 «
3,0—4,0 «	6,0 «	16,1 «
4,0—x «	0,0 «	10,8 «

Die Paranoia.

Von Dr. J. SALGO, Privatdozent, Budapest.

Die Frage der klinischen Begriffsbestimmung der Paranoia steht ständig auf der Tagesordnung der Psychiatrie ohne eine endgültige Lösung gefunden zu haben. Die Tatsache ist umso eigentümlicher, als das Krankheitsbild nicht allzuselten und dessen Symptome gewiss die markantesten sind. Sie zeigt auch, dass die Lehre von den psychischen Erkrankungen, trotz aller Fortschritte, eines annehmbaren, leitenden klinischen Gedankens entbehrt. Die Versuche einer ätiologischen Formenlehre der Psychosen sind ebenso gescheitert, wie diejenigen einer anatomischen, resp. pathologisch-anatomischen Begründung der psychotischen Erscheinungen. Und so sind wir heute wieder dort, wo wir im Beginne waren, nämlich bei der fast ausschliesslichen Bewertung der *Krankheitssymptome* für die klinische Umgrenzung der Symptomenkomplexe. Denn trotz aller Versicherungen KRAEPELINS, dass auf die Symptome allein kein Verlass ist, was gar keinem Zweifel unterliegt, und dass der *Verlauf* der Psychosen allein für die Diagnose von Wert ist, ist doch zu bedenken, dass der Verlauf als diagnostischer Führer schon deshalb nicht verwertbar ist, weil er für den praktischen Gebrauch zu spät kommt. Im gegebenen Falle wird es sich niemals umgehen lassen, auf Grund der Krankheitserscheinungen die Diagnose festzustellen, wobei es gar nicht zweifelhaft ist, dass bei so schwankenden und ihrem Wesen nach so unbekannten Erscheinungen, wie es eben die psychotischen Symptome sind, die Diagnose immer nur ein konvenzionelles Verständigungsmittel sein wird und keinen Anspruch hat, auch als wissenschaftlich begründet zu gelten.

Mit diesem Vorbehalte wird es sich nun darum handeln, jene Symptome festzustellen, welche für die Paranoia absolut charakteristisch sind. Und es wird weiter festzustellen sein, ob in der Gruppierung der Krankheitssymptome, in ihrer Entwicklung und ihrem Verlaufe weitere Merkmale zu erkennen

sind, die ihre Zusammenfassung zu einem typischen Krankheitsbilde rechtfertigen.

Es scheint mir nun nicht zweifelhaft, dass die *Halluzination* ein Krankheitssymptom von ganz besonderem diagnostischen Wert ist und an schwerer prognostischer Bedeutung höchstens von den essentiellen Lähmungen der Paralyse übertroffen wird. Eine unbefangene Prüfung der Symptome psychischer Störungen ergibt, dass die Halluzination immer und in allen Fällen eine tiefere Ergriffenheit des Zentralnervensystems anzeigt. Selbst dort, wo sie das vorübergehende Produkt einer Intoxikation des Gehirns ist, wie die alkoholische, die epileptische oder die infektiöse (Fieberdelirien), beweist sie, mehr als andere Krankheitserscheinungen, die schwere Affektion des Gehirns. Noch eindringlicher erweist sich die Halluzination als Symptom einer schweren psychischen Erkrankung, wenn sie im unmerklich langsamen Anstieg als markanteste Krankheitserscheinung das ganze Krankheitsbild beherrscht.

Die Beobachtung der älteren deutschen Psychiatrie, dass der Paranoia, oder wie man sie ehemals nannte, Vesanie, eine Melancholie vorausgehe, war als Registrierung des Gesehenen ganz richtig, insoferne tatsächlich dem vollentwickelten Krankheitsbilde eine längere Depression, wenn auch nicht gerade typisch melancholischer Art, vorausgehe. Nur die Deutung war unrichtig. Denn es handelt sich nicht um eine *Umwandlung* einer primären Geistesstörung in eine sekundäre, es handelt sich nicht um zwei verschiedene Krankheitsformen, sondern um ein langes vorbereitendes Stadium depressiver Natur, welches von vorneherein als solches erkennbar ist und welches mit dem Auftreten von halluzinatorischen Krankheitselementen das vollentwickelte Bild der Paranoia bietet. Und darin kann man nun allerdings Kraepelin zustimmen, dass der chronische Verlauf mit ein diagnostisches Erkennungszeichen der Paranoia ist, doch gewiss nicht in dem Sinne, dass man den ganzen jahre- oder jahrzehntelangen Verlauf abwarten müsste, um zur Feststellung der Diagnose zu gelangen, sondern nur in der Bedeutung des ganz allmäligen, chronischen Anstieges der Krankheit. Immer aber sind es in erster Reihe die Halluzinationen und die an dieselben sich anschliessenden Wahnvorstellungen, ohne welche das typische Krankheitsbild der Paranoia wohl niemals diagnostiziert wird.

Ein weiteres und wichtiges diagnostisches Merkmal bildet der *Bewusstseinszustand* der paranoischen Kranken. Wenn wir unter der einfachen Bezeichnung: Bewusstsein, den ungehinderten Ablauf der Perzeption und Reproduktion und den lebendigen Zusammenhang der psychischen Vorgänge verstehen, dann kann man wohl sagen, dass während der ganzen langen Dauer der Paranoia das Bewusstsein ungetrübt bleibt. Kein anderes psychisches Krankheitsbild zeigt einen ähnlichen Bewusstseinszustand, selbst nicht jene leichten hypomanischen und depressiven Stimmungsanomalien, die im Bilde des manisch-depressiven Irrsinnes manchmal so schwer in ihrer krankhaften Natur zu erkennen sind. Und eben dieser Bewusstseinszustand, die Erhaltung der formalen Intaktheit des psychischen Geschehens bringt es mit sich, dass vielfältig noch von der unverminderten Intelligenz der Paranoiker gesprochen wird, obwohl man hiemit in Widerspruch, die Paranoia gerne als Verstandesstörung hinstellt. Ohne auf die mehr dogmatisch-psychologische, als naturwissenschaftliche Unterscheidung der psychischen Vorgänge in Gemüts-, Verstands- und Willensäusserungen einzugehen, genügt es wohl für die klinisch-psychiatrische Erfahrung darauf hinzuweisen, dass eine unbefangene Beobachtung auf dem Gebiete der krankhaften psychischen Vorgänge eine solche Unterscheidung nicht zulässt.

Wir werden daher als Paranoia diejenige psychische Störung bezeichnen, *die durch ein langsam ansteigendes Prodormalstadium hypochondrisch-depressiver Natur hindurch zur Entwicklung von Halluzinationen und Wahnvorstellung verschiedensten Inhalts bei ungetrübtem Bewusstsein und voll erhaltener Reproduktionsfähigkeit führt.* Die voll entwickelte Paranoia zeigt während ihres langen Verlaufs keinerlei Neigung zur Änderung des Krankheitsbildes, keine Komplikation durch motorische oder Sensibilitätsstörungen. Der Verlauf der Paranoia ist ungünstig quoad valetudinem, doch kommen sehr langdauernde Remissionen vor, während welcher die Paranoiker, abgesehen von Eigentümlichkeiten im Verhalten gegenüber ihrer Umgebung, die von Uneingeweihten als Exzentrizitäten betrachtet werden, als geistig normal imponieren können. Die Stimmungslage dieser Kranken entspricht immer dem Inhalte des Deliriums.

Die Pflege der Irren in eigener Wohnung.

Von J. van DEVENTER Sz. Inspecteur van het Staatstoezicht Amsterdam op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten.

Die Verpflegung der Irrsinnigen hat sich im Laufe der letztern Jahre bedeutend geändert. Während in früherer Zeit die Irren von der Gesellschaft systematisch abgesondert gehalten wurden, ist jetzt mehr und mehr das Streben auf den Vordergrund getreten, den Kranken in das gesellschaftliche Leben zurückzuführen, der *Gesellschaft anzupassen.* Eine grosse Anzahl von Patienten, die für unheilbar gehalten wurden und in der Irrenanstalt bis an ihren Tod verblieben, scheinen unter günstigen Umständen nützliche und arbeitsame Glieder der Gesellschaft zu werden und wieder imstande zu sein, gänzlich oder teilweise ihren eigenen Unterhalt sowie den ihrer Familie zu verdienen. Die ehemaligen Irrenanstalten dienten tatsächlich nur als Aufbewahrungsorte; das Streben war allein darauf gerichtet, die Patienten dem *Anstaltsmilieu anzubequemen;* Gewalt wurde mit Gewalt unterdrückt und im übrigen dem Patienten soviel als möglich Freiheit gelassen, zu leben und sich zu betragen ganz so wie er es wollte. Unter diesen Umständen reagierte der Patient schliesslich auf jede Veränderung in seiner Lebensweise, und wurde sozusagen künstlich zum Anstaltsbewohner erzogen.

Die Reorganisation der Irrsinnigenverpflegung ist hauptsächlich die Folge des Strebens, die früheren Irrenanstalten in Heilanstalten umzuwandeln, denselben das Ansehen von Krankenhäusern zu geben um, wie es sich gebührt, die Vorteile des Patienten im Auge behalten zu können. Auf diese Weise gelangte man allmählich mehr und mehr zu der Einsicht, dass jeder Patient seine speziellen Anforderungen stellt, dass nicht in erster Linie in Anmerkung genommen werden muss, an welcher Form des Irrsinns der Pflegling leidet, sondern die Art und Weise, in welcher er auf seinen krankhaften Zustand reagiert. *An die Stelle der Massen-Verpflegung trat die individuelle Behandlung.* Die Patienten wurden in verschiedene Kategorien eingeteilt und jede Gruppe,

dem Zustande des Pfleglings gemäss, in eine geeignete Umgebung gebracht.

Diesen Umständen ist es denn auch zu verdanken, dass die sogenannten Pavillionsanstalten neben Sonder-Anstalten für Schwachsinnige, Idioten, Epileptische, Trunksüchtige, Nervenkranke und Minderwertige entstanden, und dass man einen richtigen Einblick in den Zustand des Geisteskranken erhielt. Ganz im Gegensatz zu frühern Begriffen schien jeder Zwang, in welcher Form er auch augewendet wurde, ungünstig einzuwirken. Anstatt dessen muss jedem Leidenden das Maximum der Freiheit, welches sein Zustand zulässt, verschafft werden. Es muss dahin gestrebt werden, den Patienten möglichst bald der Gesellschaft zurückzuführen. Sobald die Periode der eigentlichen Krankenhausverpflegung zu Ende und sobald das akute Stadium vorüber ist, muss der Patient an die Reize des gemeinschaftlichen Lebens gewöhnt und zu einem brauchbaren Gliede der Gesellschaft erzogen werden.

Eine Serie Massregeln, welche ein organisches Ganze bilden und zum Zweck haben, *die Kluft zwischen Anstalt und Gesellschaft zu überbrücken,* stehen hierbei dem Anstalstsarzte zur Verfügung. Ein jeder, der unter Leitung des Psychiaters mit der Verpflegung und Versorgung des Anstaltspatienten beauftragt ist, muss für seine Aufgabe gehörig vorbereitet sein. Auf diesem Wege muss der Pflegling wieder in seine alltägliche Umgebung zurückgeführt werden und so gelangen Arbeitskräfte, die früher verloren gingen, wieder der Gesellschaft zum Nutzen. Es handelt sich hier also um eine *sozial-ökonomisch-medizinische* Angelegenheit von weitgehendster Bedeutung. Von der Obrigkeit wird das besonders in den letztern Jahren allmählich gefühlt, seitdem der Prozentsatz der Irrenanstaltsinsassen fortwährend im Zunehmen begriffen und sogar an verschiedenen Orten bis höher als 0.3% der Gesamtbevölkerung gestiegen ist.

Es dürfte die Frage aufgeworfen werden, *ob nicht einige Anstaltspatienten in der eigenen Wohnung weiter verpflegt werden könnten* oder nach einer längern oder kürzern Anstaltspflege in ihre Familie würden zurückkehren können. Die Beantwortung dieser Frage ist von grösster Wichtigkeit und das unsomehr, weil *in dieser Beziehung eine bedenkliche Lücke* vorhanden ist. Während der Patient, solange er in der Anstalt verweilt, die intensivste Behandlung und Versorgung

geniesst, so ist er von dem Augenblicke an aller Hülfe entblösst, an dem er wieder in die eigene Wohnung zurückgekehrt ist; er entbehrt dann entschieden der Leitung und der Aufsicht, deren er so dringend bedarf. Das gilt wenigstens für einen grossen Prozentsatz der Fälle; nur in einigen Ländern bestehen in dieser Hinsicht Verordnungen. In verschiedenen Fällen ist nur von einem «abandon sans secours» die Rede.

Die hier erwähnte Lücke macht sich umso schwerer fühlbar, weil in vielen Fällen die Familie in Armut geraten ist oder schwere Lasten auf dieselbe drücken, besonders wenn es sich um den Broterwerber oder die Hausfrau handelt, welche in der Regel nach ihrer Wiederherstellung, nach Rückkehr in die eigene Wohnung, ihre vollen Arbeitskräfte noch nicht wiedergewonnen haben. Dass *der Patient* unter solchen Umständen *in der Anstalt behalten wird* aus Furcht, dass er, wenn er entlassen würde, wieder einen Rückfall bekommen könnte, wird einleuchten. Diesem Umstande ist es denn auch zuzuschreiben, dass dem Patienten manchmal kein Probeurlaub erteilt werden kann um zu beurteilen, ob er wieder für das gesellschaftliche Leben geeignet ist, und dass sich sogar die Familie ausdrücklich weigert, dazu ihre Mitwirkung zu verleihen.

Wegen Mangels an gesetzlicher Abhilfe in dieser Hinsicht müssen in verschiedenen Kulturländern Patienten in der Anstalt zurückgehalten werden, die unter günstigen Umständen dieselbe verlassen könnten. Eine *Ergänzung der Gesetze bezüglich des Irrenwesens* dürfte eine Forderung der Zeit genannt werden. Hierdurch würde nicht nur den Interessen des Patienten selber, sondern auch denen der Gemeinschaft genützt.

Die *Verpflegung in der eigenen Familie* erfordert *geringere Kosten als die Anstaltspflege* und die Verpflegung in einer fremden Familie. Keine Nebenumstände dürfen jedoch zur Anwendung der Pflege in der eigenen Wohnung führen; ebensowenig sei es erlaubt, Patienten in der Anstalt in Verpflegung zu behalten nur aus dem Grunde, weil sie tüchtige Arbeiter sind und ihre Kräfte ungern entbehrt werden. *Die Interessen des Patienten müssen stets auf den Vordergrund gesetzt werden.*

Unter den Mitteln, die dem Psychiater zur Verfügung

stehen, den Geisteskranken auf langsamem und planmässigem Wege dem gesellschaftlichen Leben anzupassen, nimmt die Überführung des Kranken in eine geistesgesunde Umgebung, vorzugsweise in Familien in der Nähe der Anstalt, am liebsten in solche, die mit derselben in steter Fühlung oder in organischem Zusammenhange stehen, eine hervorragende Stelle ein. Unter diesen Umständen kann die erforderliche Aufsicht gehalten und Sorge getragen werden, dass die Interessen des Patienten voll und ganz berücksichtigt werden. Scheint aber beispielweise die Familie, in welche der Patient untergebracht worden ist, nicht für ihn geeignet, so kann er in eine andere Umgebung versetzt werden. Falls es als unerwünscht erachtet werden sollte, dass das Band zwischen dem Patienten und der Anstalt zu früh gelockert wird, so könnte er täglich in die Anstalt kommen und dort arbeiten.

Auf diesem Wege, nämlich dem der *hetero-familialen Verpflegung*, werden beispiellos *günstige Resultate* erzielt; Patienten, denen es nicht anstand in der Anstalt zu arbeiten, sondern nur vegetierten, leben bisweilen in der Familie gleichsam auf und machen sich von Stunde an nützlich.

In *schroffem Gegensatze* hierzu stehen die Ergebnisse, die man *früher* dadurch erzielte, dass man *Irrsinnige bei Fremden in Pension gab*, welches System in der heutigen Zeit noch nicht ganz verschwunden ist; die armen Kranken wurden dem Mindestfordernden zugewiesen für Summen von f 80.—, f 50.—, sogar f 25.— pro Jahr! Die Missstände, welche hierbei ans Licht traten und allgemein bekannt wurden, bildeten die Veranlassung, dass man dem Ausquartierungssystem den Rücken wandte.

Auf Grund der erworbenen Erfahrungen zieht bei weitem die Mehrzahl der Psychiater der homofamilialen Verpflegung die hetero-familiale vor, und zwar im besondern der Pflege in der eigenen Wohnung. Die Erfahrung Sachverständiger, die auf diesem Gebiete als Autoritäten gelten dürften, z. B. Prof. ALT in Uchtspringe und Dr. van DALE in Veldwyk, hat jedoch gelehrt, dass wirklich günstige Resultate erzielt werden können, wenn sich die Familie des Patienten in der Umgebung der Anstalt häuslich niederlässt. *Eine Verpflegung in eigener Wohnung in organischem Zusammenhange mit der Irrenanstalt darf nicht auf ein und dasselbe Niveau gestellt werden mit einem «abandon sans secours»*, wie be-

reits vorstehend skizziert wurde. Ebensowenig wie die ehemalige Ausquartierung gegen die moderne Familienverpflegung zeugt, darf die gegenwärtige angeordnete Verpflegungsmethode in eigner Familie gegen die homo-familiale Verpflegung als Unterteil der Irrenpflege angeführt werden. In den Irrenhäusern kamen vor der Reorganisation der Irrenpflege sicherlich nicht weniger ernstliche Misstände vor als bei der heutigen Verpflegung in der eigenen Wohnung noch angetroffen werden.

Ganz abgesehen von Vorstehendem muss notwendigerweise die Tatsache berücksichtigt werden, dass *ein nicht unbedeutender Prozentsatz von Irrsinnigen während ihrer Krankheit in der eigenen Wohnung verbleiben, um dort gepflegt zu werden.* Dr. Bajenhoff schätzt die Anzahl Anstaltspatienten in Russland auf nur 10 bis 15%, in Österreich auf 30 bis 40%, in Frankreich auf etwa 50%, in Schottland auf ungeführ 80%.

Jährlich kehren eine *grosse Anzahl von Patienten* geheilt, nicht geheilt oder in der Genesung begriffen *aus der Anstalt nach der eigenen Wohnung zurück, denen die Versorgung vorenthalten wird, die sie beanspruchen dürfen.* Dieser Unterteil der Irrsinnigenpflege, das Schlussglied, darf nicht fehlen.

Trotz dieser ungünstigen Umstände scheint es, dass in einem nicht unbedeutenden Prozentsatz von Fällen die Resultate dennoch günstig waren. Das ungünstige Urteil, welches verschiedene Autoren fällten, ist gewiss teilweise die Folge dessen, dass die Fälle, die gegen die Verpflegung in eigener Wohnung zeugten, mehr ans Licht traten als die günstigeren, und dass der Mangel an irgend welcher Regelung nicht genügend berücksichtigt wurde.

Um das näher zu dokumentieren, möge Nachstehendes dienen:

In *Belgien*, woselbst seit 1876 und vor allem seit 1897, seit den neuen gesetzlichen Bestimmungen die Verpflegung in eigener Wohnung befördert wird, hat sich diese Verpflegungsmethode in den letztern Jahren bedeutend verbreitet. Im Jahre 1897 wurden in Anstalten 67,4%, in fremden Familien 18,5%, in eigener Familie 14,1% der Gesamtzahl Irrsinniger verpflegt; 1907 wurde diese Anzahl auf etwa 20,000 geschätzt, von denen 16,453 in Anstalten interniert oder in

hetero-familialer Verpflegung waren; etwa 3517 Geisteskranke würden mithin in eigener Wohnung gewesen sein. Von 1892 bis 1897 vermehrte sich die Anzahl Anstaltspatienten um 20%, die Anzahl der Kranken, die in eigener Wohnung Verpflegung und Unterstützung genossen, um 80%. Aus den erhaltenen Mitteilungen geht hervor, dass seitens der Gemeindeverwaltung Aufsicht ausgeübt wurde: ein Arzt wurde mit der Kontrolle der Irrsinnigen, die in eigener Wohnung verpflegt wurden, beauftragt. Von seinem Gutachten hängt es ab, ob der Kranke in einer Irrenanstalt oder Familienkolonie aufgenommen werden oder in der eigenen Wohnung weiterhin verpflegt werden soll. Bei Verpflegung eines mittellosen in der Gemeinde unterstützungsberechtigten Kranken in eigener Wohnung wird ein Zuschuss von etwa fr. 1.20 bis fr. 1.50 pro Tag aus dem dazu bestimmten speziellen oder gemeinschaftlichen Fonds gezahlt; das Reich trägt dazu $^{3}/_{8}$, die Provinz $^{1}/_{8}$, die Gemeinde zusammen $^{4}/_{8}$ im Verhältnis zur Einwohneranzahl bei. Nach Dr. L'Hoest sollen die Resultate im allgemeinen günstig sein. Niemals beobachtete er einen Fall, dass es der Patient in eigener Familie weniger gut hatte als in einer fremden Familie; die Angehörigen haben seiner Ansicht nach ein instinktives Gefühl, das kranke Familienglied gut zu versorgen.

Gänzlich im Widerspruch mit dieser Ansicht steht jedoch das Urteil der Mehrheit der belgischen Anstaltsärzte, u. a. das des Dr. Peters, des bekannten Irrenanstaltsdirektors der Kolonie Gheel, sowie auch dasjenige des Dr. Déperon, des ehemaligen Direktors der wallonischen Kolonie Lierneux. Ihrer Meinung nach fällt eine Vergleichung der homo- mit der hetero-familialen Verpflegung entschieden zum Nachteil der Verpflegung in eigener Familie aus. Die Patienten werden weniger sorgfältig behandelt, Reinlichkeit und Ordnung lassen viel zu wünschen über, stehen stets zurück im Vergleich zu denen in einer fremden Familie, die Versorgung ist weniger aktiv, die Ausübung der notwendigen Kontrolle nicht bequem, öfters nicht möglich.

Auch nach Ansicht der Vertreter der homo-familialen Verpflegung in Belgien wäre eine Verschärfung der Aufsichtsmassregeln wünschenswert, der pflichtmässige dreimonatliche Besuch sei nicht hinreichend. Eine Untersuchung, die der Gouverneur der Provinz Lüttich, Pety de Thozée, vornahm,

und dessen Initiative es zu verdanken ist, dass die wallonische Kolonie Lierneux gegründet wurde, lieferte den Beweis für die Notwendigkeit einer bessern Organisation und einer Verschärfung der Aufsicht. Vielerlei Misstände wurden aufgedeckt. Verschiedene Patienten waren ungenügend versorgt, andere eingesperrt; ein Patient wurde sogar auf einem Dachboden angetroffen mitten zwischen Schmutz und Gemüseabfall, welchen er verschlang. In einer sehr grossen Anzahl von Fällen stellte es sich heraus, dass die Unterstützungssume nicht dem Patienten selber sondern der Familie zugute kam oder im Hinblick auf den günstigen Zustand des Pfleglings nicht mehr notwendig war. Dr. van der Ven in Schaerbeck (Brüssel) ist von der Gemeindeverwaltung mit der Aufsicht über die Irrsinnigen beauftragt worden und hat in jedem einzelnen Falle zu erwägen, ob der Kranke einer Irrenanstalt oder Familienkolonie einverleibt werden soll oder in der eigenen Wohnung verbleiben und dort verpflegt werden kann. In letztgenanntem Falle werden der Familie die nötigen Vorschriften erteilt, und es wird Kontrolle geführt, dass es den Kranken an der erforderlichen Pflege nicht fehle. Seitdem, dass diese Anordnung eingeführt wurde, hat sich die Anzahl Patienten, die in einer Irrenanstalt oder Familienkolonie untergebracht wurden, bedeutend vermindert. Im Jahre 1898 betrug diese Anzahl bei einer Bevölkerung von 55,000 Seelen 42, im Jahre 1905 auf eine Bevölkerung von 75,000 Seelen nur 5; in zuletzterwähntem Jahre wurden von Dr. van der Ven 60 Geisteskranke untersucht. Die erzielten Resultate werden von ihm in jeder Hinsicht als günstig bezeichnet, sowohl vom ökonomischen Gesichtspunkte aus als auch hinsichtlich der Belangen der Patienten; keinerlei Schwierigkeiten ergaben sich.

Über das *Grossherzogtum Luxemburg* teilte Dr. Buffet ähnliche Erfahrungen mit wie Dr. Peeters. c. s.

In *Deutschland* wird in verschiedenen Gegenden, hauptsächlich in der Umgebung der Irrenanstalten, sowohl die hetero- als auch die homo-familiale Verpflegung angewendet und zwar beide Formen im allgemeinen mit nicht ungünstigem Ergebnis; die Vorteile, welche die Verpflegung in einer fremden Familie gegenüber denen in eigner Wohnung darbietet, dürfen nicht übersehen werden. So wurden rings um Dalldorf seit 1885, in der Umgegend von Herzberge seit 1893 Anstalts-

patienten in einer fremden oder in der eigenen Familie untergebracht, hauptsächlich in den Vorstädten Berlins. Die Verpflegungsgelder, welche zwischen 12 bis 40 Mark differieren, belaufen sich im Durchschnitt auf 20 bis 30 Mark pro Monat. Die Aufsicht wird von den Anstaltsärzten ausgeübt.

Dr. Matthies (Dalldorf) teilte auf dem Kongresse in Wien höchstinteressante Erfahrungen hierüber mit. Dr. Alt, der bekannte Gründer der Verpflegungsdörfer in der Umgegend der Anstalt Uchtspringe, sagte bereits im Jahre 1902 auf dem Kongresse zu Antwerpen, dass sich in mehreren Fällen die Familie des Patienten in der Umgebung der Anstalt häuslich niederliesse, und dass auch in diesen Fällen günstige Resultate erzielt würden. Neisser, der Direktor der Irrenanstalt Lublilitz in Schlesien, bestätigte Alts Erfahrungen. Als historisches Kuriosum sei an dieser Stelle noch erwähnt, dass im Jahre 1529 in Nürnberg ein gewisser Glaser, welcher in einem Wahnsinnsanfalle seine Mutter ermordet hatte und im Turmloch eingesperrt worden war, seiner Familie auf deren Ehrenwort zurückgegeben wurde, falls dieselbe Patienten unmittelbar wieder einliefern würde, wenn unerwartet wieder ein Wahnsinnsanfall eintreten möchte.

In *Schottland* wird seit 1857 die Familienverpflegung allgemein angewendet; die Patienten werden sowohl in eigener als auch in fremder Familie verpflegt, ersteres relativ frequenter in mehr abgelegenen Teilen des Reiches. Während des Kongresses zu Edinburg im Jahre 1904 stellte es sich jedoch heraus, dass auch in dieser Stadt ein nicht unbedeutender Prozentsatz Irrsinniger in der eigenen Wohnung oder bei Verwandten versorgt wurde. Die Verpflegungskosten betrugen bei der homofamilialen Verpflegung etwa 4 sh, bei der heterofamilialen ungefähr 7 sh pro Woche.

Verschiedene schottische Psychiater erklärten auf Grund ihrer Erfahrung, dass sie die homofamiliale Pflege vorzögen, falls die Umstände dieselben seien und die nötige Aufsicht ausgeübt würde. Wenn wegen Todesfalls oder anderer Umstände die Haushaltung aufgelöst werden musste, äusserten die Patienten meistens den Wunsch, bei Anverwandten untergebracht zu werden und nicht in einer fremden Familie. Weiter wurde noch beobachtet, dass die Familienpatienten es vorzögen in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben; die Versetzung von einer Stadt nach dem Lande oder vom platten

Lande nach einer Grosstadt stosse oft seitens des Patienten auf Widersetzung.

In *der Schweiz* erstreckt sich im Kanton Waadt die Aufsicht über alle Irrsinnigen, auch über die, welche in der eigenen Wohnung verpflegt werden. Über die homofamiliale Verpflegung wurden keine ungünstigen Aufschlüsse erhalten; sowohl für die Verpflegung in fremder als auch für die in eigener Familie erachtete man Aufsicht als dringend nötig.

In *Frankreich* wurde im Departement la Somme im Jahre 1838 das System der Verpflegung in eigener Wohnung zur Anwendung gebracht. Den Anstaltsärzten der Departements-Irrenanstalten war die Aufgabe zuerteilt worden, in jedem Einzelfalle eine Untersuchung einzuleiten und in Erwägung zu ziehen, ob der Kranke der Anstaltspflege bedurfte oder ob er weiterhin im Kreise seiner Familie verbleiben und dort versorgt werden konnte. Im Jahre 1889 wurde die Familienverpflegung ringsum die Irrenanstalt St. Anne eingeführt, und später folgte Ville Evrard diesem Beispiele. Jenachdem die Umstände dafür geeignet erschienen, brachte man die Patienten in einer fremden Familie, bei Verwandten oder in der eigenen Wohnung unter. Die dargereichte Unterstützung betrug etwa fr. 1.50 pro Tag; die Resultate lauteten im allgemeinen nicht günstig. Die Patienten verbrachten ihre Zeit häufig müssig und wurden nicht gehörig versorgt. Die Hausgenossen hatten dafür keine Zeit; sowohl der Mann als auch die Hausfrau waren tagsüber meistens abwesend, um für die Familie das tägliche Brot zu verdienen. Das geisteskranke Familienmitglied blieb dann tatsächlich gänzlich unversorgt mit den Kindern allein im Hause zurück, die noch zu jung waren, um zur Schule zu gehen. In vielen Fällen stellte es sich heraus, dass die Pflegegelder mehr der Familie selber als dem Patienten zugute kamen.

Dieses System wurde denn auch allgemein verurteilt und fast ganz verlassen. Aus den Mitteilungen des Dr. A. Marie, des Gründers der französischen Familienkolonien, geht hervor, dass bei der Eröffnung der Familienkolonie Dun-sur-Auron mehrere Patienten, die gleich ihren Familien während ihres ganzen Lebens in Paris gewohnt hatten, gegen ihre Überführung auf das Land ernstliche Einwendungen erhoben und aus diesem Grunde den Sorgen ihrer Familie anvertraut wurden; in diesen Fällen waren die Resultate nicht ungünstig.

Auf Initiative der Frau Dr. A. Marie wurde im Jahre 1902 in Paris ein Zufluchtsort für die aus den Departements-Irrenanstalten der Seine entlassenen männlichen Patienten errichtet, woselbst sie bis zu einem Maximum von drei Wochen Unterkommen finden, um imstande zu sein, einen passenden Arbeitskreis zu suchen. Später wurde für die weiblichen Patienten eine ähnliche Anstalt eröffnet.

Clémenceau lenkte die Aufmerksamkeit der Präfekten darauf, dass es wünschenswert sei, gewissenhaft zu beobachten, dass in den Irrenhäusern — um der Anstalt selber willen — keine Patienten, z. B. eifrige Arbeiter, zurückbehalten werden.

In *Italien* wendet man die homofamiliale Verpflegung schon seit Jahren an, besonders seit 1838 in Toscana. Auch in der Umgebung verschiedener Irrenanstalten, namentlich Lucca und Reggio Emilio, war diese Art und Weise der Verpflegung schon seit geraumer Zeit in Gebrauch und zwar laut frühern Mitteilungen mit nicht ungünstigem Ergebnis. Seit Prof. Tamburini, ehemaliger leitender Arzt von Reggio Emilio, dortselbst die heterofamiliale Verpflegung einführte und beide Methoden der Familienverpflegung miteinander vergleichen konnte, ist die homofamiliale Verpflegung in weniger guten Ruf gekommen. Während in verschiedenen Irrenanstalten in Nachahmung des Vorbildes von Reggio Emilio die heterofamiliale Verpflegung in organischem Zusammenhange mit der Anstalt eingeführt wurde, fand die Verpflegung in der eigenen Wohnung allmählich weniger Anwendung und soll dieselbe sogar örtlich aufgehoben sein. Doch erhellte aus mündlichen Mitteilungen während des Mailänder Kongresses im Jahre 1906, dass sowohl der chronische Kranke als auch der akute Patient in der Genesungsperiode mit günstigem Resultat in seine gewohnte Umgebung zurückversetzt wurde. Die Unterstützungsgelder, welche in Fällen der Familienverpflegung dargereicht wurden, differierten nicht unbedeutend, sie schwankten zwischen etwa 5 bis 30 Lire pro Monat.

Im neuen italienischen Irrsinnigen-Gesetze von 1904 wird der grosse Wert der Familienverpflegung eingesehen und den Anstaltsverwaltungen empfohlen, dieselbe nach Kräften zu fördern.

In *Russland* ist die Anzahl der Irrenhäuser nicht gross, es finden nur 10 bis 15% der Gesamtzahl Irrsinniger Aufnahme; der Prozentsatz der Irrsinnigen, welche in eigener

Wohnung verpflegt werden, ist folglich in der Tat sehr gross. In den letztern Jahren sind verschiedene Kolonien entstanden nach dem Vorbilde der Kolonie Gheel; Dr. A. BAJENHOFF in Moskau, welcher schon länger als 25 Jahre darnach strebte, dieses Verpflegungsfahren in seiner Heimat einzuführen, nennt die in jenen Kolonien erzielten Resultate in jeder Hinsicht günstig.

Aus einer im Jahre 1896 stattgehabten Enquête, welche sich über 1223 Anstaltspatienten ausdehnte und zwar über 970 akute und 253 chronische Kranke, ergab sich, dass in 581 Fällen die Versorgung eine ungenügende war; 18 Patienten hatte man in Ketten gelegt, 136 eingesperrt, 65 trieben sich umher und bettelten, während in 362 Fällen die Aufsicht unzulänglich war. Unter diesen 362 Irrsinnigen gab es eine Anzahl störender, halbstörender, unreinlicher und unreiner Patienten. In 16 Fällen wurden die Patienten seitens der Gemeinde zeitweilig bewacht. Die übrigen Patienten, nämlich 642, verhielten sich ruhig; reichlich die Hälfte dieser Verpflegten arbeitete.

In *Schweden* werden die Patienten, je nachdem ihr Zustand es erfordert, in der eigenen Familie, bei Verwandten, bei Fremden oder in einer Anstalt verpflegt; mindestens einmal per Jahr müssen die Anstaltspatienten ärztlich untersucht werden. Trots der relativ geringen Aufsicht sollen die Resultate nicht unbefriedigend sein. Aus mündlichen Mitteilungen scheint hervorzugehen, dass in einem nicht unbedeutenden Prozentsatz der Fälle dieselben Schwierigkeiten wahrgenommen werden als in andern Ländern.

Von *Norwegen* dürfte dasselbe gelten.

In *Brasilien* kann jeder Irrsinnige in der eigenen Wohnung verpflegt werden, falls seine Belangen nach Gebühr gewährleistet sind; darüber wird Aufsicht geführt. Der Kranke kann unmittelbar in der Irrenanstalt aufgenommen oder in dieselbe zurückversetzt werden, wenn das für notwendig erachtet wird.

In den *Vereinigten Staaten von Nord-Amerika* verbleiben die Irrsinnigen auch nach ihrer Entlassung unter psychiatrischer Aufsicht und Leitung, bis sie wieder imstande sind, um für sich selbst zu sorgen. Wenn ein bedürftiger Patient die Anstalt verlässt, so wird er mit einer Ausstattung versehen und ihm für die Dauer einer begrenzten Anzahl von

Wochen eine entsprechende Geldsumme eingehändigt, um ihm Zeit zu geben, wieder für sich selbst sorgen zu können. Diese Nachbehandlung wird im Hinblick auf die gemachten Erfahrungen als sehr wertvoll geschätzt.

In *Rumänien,* woselbst die grosse Mehrheit der Irrsinnigen in der eigenen Wohnung verbleibt und dort verpflegt wird, werden die Resultate als traurig bezeichnet. Die Patienten sollen sich meistens zum Spott umhertreiben, und ihr Los soll der Bevölkerung vollständig gleichgültig sein.

In den *französischen Kolonien* werden die Irren in den Wohnungen von der Welt abgeschlossen gehalten. Nur ausnahmsweise soll ärztliche Hilfe verlangt und der Arzt zum Patienten zugelassen werden.

Was *Niederland* anbelangt, so war ich im Laufe einer reichlich 25 jährigen Tätigkeit in der Lage, hinsichtlich des der Entscheidung noch harrenden Problems Erfahrungen zu sammeln, die bei der Zusammenstellung nachstehender Angaben verwertet worden sind; einige der folgenden Angaben datieren aus frühern Jahren.

Von einer Anzahl von *2105 Irrsinnigen,* die *ausserhalb der dafür bestimmten Anstalten* in Niederland im Laufe des vorigen Jahres verpflegt wurden, gehörten 1183 dem männlichen und 922 dem weiblichen Geschlechte an.

Von dieser Anzahl wurden verpflegt: in der eigenen Wohnung 108, bei ihren Ehemännern resp. Ehefrauen 64, in der elterlichen Wohnung 986, bei andern Blut- oder Anverwandten 399, in einer fremden Familie 326, in Anstalten 221, während sich einer umhertrieb.

Das Alter betrug: bei 25 Patienten weniger als 10 Jahr, bei 205 10–20 Jahr, bei 397 20–30 Jahr, bei 417 30–40 Jahr, bei 362 40–50 Jahr, bei 315 50–60 Jahr, bei 244 60–70 Jahr, bei 113 70 bis 80 Jahr, bei 23 Patienten 80–90 Jahr, während in vier Fällen das Alter unbekannt war. Hinsichtlich der Verpflegten im Alter von 20 Jahren und darunter und von 70 Jahren und darüber betrug das Alter für die verschiedenen Lebensjahre: 2 Jahr bei 1, 5 Jahr bei 3, 6 Jahr bei 2, 7 Jahr bei 3, 8 Jahr bei 7, 9 Jahr bei 9, 10 Jahr bei 8, 11 Jahr bei 12, 12 Jahr bei 12, 13 Jahr bei 14, 14 Jahr bei 27, 15 Jahr bei 31, 16 Jahr bei 27, 17 Jahr bei 29, 18 Jahr bei 28, 19 Jahr bei 17 Personen; 70 Jahr bei 17, 71 Jahr bei 14, 72 Jahr bei 18, 74 Jahr bei 11, 75 Jahr bei 10, 76 Jahr bei 6, 77 Jahr

bei 9, 78 Jahr bei 5, 79 Jahr bei 9, 80 Jahr bei 8, 81 Jahr bei 3, 82 Jahr bei 2, 83 Jahr bei 3, 84 Jahr bei 1, 85 Jahr bei 2, 86 Jahr bei 1, 88 Jahr bei 2, 89 Jahrbei 1 Patienten.

Eine Übersicht über den Zivilstand gibt nachstehende Tabelle:

Ledig	1064 Männer	761 Frauen	1825 insgesamt
Verheiratet	50 «	68 «	118 «
Witwer oder Witwe	15 «	49 «	64 «
Geschieden...	3 «	3 «	6 «
	1132 Männer	881 Frauen	2013 insgesamt

Hierunter sind 92 Patienten nicht mitgerechnet, weil deren Zivilstand aus den vorhandenen Angaben nicht zu ersehen war.

In verschiedenen Fällen waren *zwei oder mehr Glieder ein und derselben Familie irrsinnig* und zwar: einmal Zwillingsbrüder, einmal ein Zwillingsbruder und eine Zwillingsschwester, fünfmal zwei Brüder, sechsmal zwei Schwestern, zehnmal ein Bruder und eine Schwester. In einem dieser Fälle verwaltete der Bruder ein Bauerngut, und die Schwester führte ihm die Wirtschaft; beide lebten ganz frei, und nur der Kurator hielt die nötige Aufsicht. In ein und derselben Familie waren zwei Brüder und vier Schwestern geisteskrank, alle litten in höherm oder niederm Grade an Imbezillität.

In 517 der Fälle war der Familienvorstand wohlhabend, in 368 hinreichend wohlhabend, um ihren Unterhalt zu verdienen, in *771 unbemittelt*, während *449 unterstützungsbedürftig* waren. In *59 dieser Fälle* waren die Kranken seitens der Gemeinde durch die allgemeine oder kirchliche Armenverwaltung bei Verwandten oder in einer fremden Familie *in die Kost gegeben*, oder man hatte *auf andere Weise für dieselben gesorgt*. Die wöchentlichen Unterstützungsbeträge wechselten zwischen f 0·70 bis f 2·50 und waren in einigen Fällen höher, in einem einzigen Falle beliefen sie sich auf f 5·— pro Woche.

In einigen Fällen wurde dem Geisteskranken seitens der Armenverwaltung im Armenhause, einem Block Häuser oder Einzimmerwohnungen, deren jede mit einer Bettstelle versehen war, ein Unterkommen gewährt. In diesen Wohnungen wurden die Patienten gänzlich sich selber überlassen, sie kochten sich ihr eignes Essen oder holten sich hier oder dort ihr

Mittagbrot. Gewöhnlich lebten sie mit den andern Armenhausbewohnern, den Ärmsten der Armen, einer wechselnden Bevölkerung, den sogenannten Passanten, in Unfrieden. Einer dieser Patienten war vorher in einer Reichsarbeitsanstalt verpflegt worden, weil er von allen Mitteln entblösst, auf offener Strasse beim Betteln angetroffen wurde. Eine 77jährige Frau, welche mit ihrem reichlich 80jährigen Manne zusammen wohnte, verliess wiederholt ihr Haus, irrte dann in der Umgebung umher und war nicht imstande, den Weg wieder zurückzufinden. Seitens der Armenverwaltung wurde sie samt ihrem Manne bei ihrer verheirateten Tochter untergebracht, und letztere schilderte das Betragen ihrer Mutter in den grellsten Farben mit der augenscheinlichen Absicht, auf diese Weise höhere Unterstützung zu erhalten. Sie behauptete, dass Patientin ihre Enkelin, einen Säugling, unter einem Kissen hätte ersticken wollen. Die Ausübung sachverständiger Aufsicht und die Erklärung, dass man die Patientin, sobald es sich herausstelle, dass dieselbe in der Familie nicht am rechten Platze sei, in eine Irrenanstalt überführen würde, führten zu einem günstigen Resultat; Patientin konnte mit ihrem Manne, der innig an ihr hing, in der Familienverpflegung verbleiben.

Zufolge der erhaltenen Auskünfte konnte die Verpflegung folgendermassen zensiert werden: sehr gut in 261, gut in 673, genügend in 283 Fällen, und in 875 Fällen genossen die Kranken dieselbe Pflege wie die übrigen Hausgenossen. Nur in 13 Fällen soll die Verpflegung ungenügend gewesen sein, worunter auch der sich umhertreibende Patient zählt.

Dass diese Angaben den tatsächlichen Zustand nicht genau wiedergaben, erhellte aus verschiedenen Fällen. Sogar in solchen Fällen, in denen die Verpflegung als: «sehr liebreich und sorgfältig, ausgezeichnet, vorzüglich, sehr gut, lässt nichts zu wünschen über» usw. angegeben wurde, schien dieselbe nicht immer den angemessenen Forderungen zu entsprechen, obgleich die Hausgenossen die besten Absichten hatten. Die Vorteile derjenigen Patienten, deren Verpflegung als genügend oder gut befunden wurde, schienen manchmal ebenso sehr ausser Acht gelassen zu sein. Verschiedene Patienten waren in der Tat ihrem Schicksal überlassen, sie verbrachten ihre Zeit mit Müssiggang, liefen ziellos umher, ohne dass die Familie einsah, dass der Patient der Führung be-

durfte. Abgesehen von relativ wenigen Fällen war tatsächlich keine Rede von sachverständiger Aufsicht oder Leitung, nur beim Auftreten einer somatischen Krankheit wurde ärztliche Hilfe beansprucht.

Im allgemeinen genossen die Patienten ein grosses Mass von Freiheit, sowohl innerhalb als ausserhalb des Hauses, in keinerlei Weise wurden sie in ihrer Freiheit beeinträchtigt. In manchen Fällen war es nicht leicht zu beurteilen, ob ein Patient *seiner Freiheit beraubt* war oder nicht. Viele Leidende verhielten sich völlig passiv. Verschiedene Patienten verliessen selten oder nie Haus und Hof, lagen Wochen lang hintereinander zu Bett, sassen im Wohnzimmer oder einer andern Räumlichkeit stets auf derselben Stelle, bisweilen auf einem Nachtstuhl mit aufgestecktem Hemd und heruntergelassener Hosenklappe, ohne Unterhose, wobei die Hausfrau dann bisweilen mit Stolz darauf hinwies, dass Patient niemals unreinlich sei. Einige Verpflegte verweilten während der günstigen Jahreszeit einen grössern oder kleinern Bruchteil des Tages in einem abgeschlossenen Teile des Gartens oder Hofes; früher waren diese Patienten entweder spazieren gegangen oder in der Nachbarschaft umhergelaufen, doch hatte man davon absehen müssen, weil die Strassenjugend sie neckte und ausschalt. In einigen Fällen hatte der Patient die Wohnung nicht verlassen dürfen, weil Nachbarn oder Vorübergehende sich über Belästigung seitens des Patienten beschwert hatten. Andere Patienten wurden im Hause gehalten, weil sie, sobald sie die Strasse betraten, Spirituosen zu sich nahmen und dann zudringlich wurden oder Anstoss erregten wegen ihrer Neigung zur Vornahme unsittlicher Handlungen u. dergl.

Ein 19jähriger Jüngling wurde einige Stunden bis ein paar Tage lang im Polizeigefängnis eingesperrt, wenn er «übel gelaunt» war, weil er in einem solchen Zustande seiner blinden Mutter zuleibe ging und sie misshandelte. Eine imbezille Patientin hielt man bei Wasser und Brot in einem besondern Zimmer hinter Schloss und Riegel, wenn sie aus ihrem Stumpfsinn erwachte; sie war dann nämlich höchst gefährlich, ging ihrer Umgebung zuleibe, wollte Brand stiften u. dergl. m. Laut Aussagen des Vaters hatte er auf diese Weise die böse Maid «klein gekriegt.» Dies und jenes geschah unter Mitwissen der Polizei.

Für soweit die Angaben reichten, war nur ein sehr ge-

ringer Prozentsatz der Patienten der Freiheit beraubt worden: bei 26 männlichen und 24 weiblichen, also insgesamt 50 Patienten, wovon die meisten unverheiratet waren, sollen Zwangsmittel zur Anwendung gekommen sein. Das Alter betrug beziehungsweise 8 Jahr, 11 Jahr, 14 Jahr, 16 Jahr bei einem Patienten, 17 Jahr bei zwei Patienten, 60 bis 70 Jahr bei zwei Patienten, während bei den übrigen das Alter zwischen 20 und 60 Jahr differierte. Zwölf Kranke gehörten zu den unterstützungsbedürftigen Ortsarmen. In der eigenen Wohnung wurden sechs, bei Eltern, Vater oder Mutter oder Ehemann 25, in einer fremden Familie fünf, in Anstalten fünf Patienten verpflegt. In fünf von diesen Fällen wurde die Verpflegung als ungenügend erachtet. Eine unverheiratete 38jährige Patientin, welche bei ihren Eltern, sehr wohlhabenden Leuten, verpflegt wurde, verbrachte täglich einige Zeit in einem abgeschlossenen Teile des Gartens, im übrigen war sie fortwährend eingesperrt. Ähnliche Auskünfte erhielt man über eine 64jährige unverheiratete Patientin, welche bei Fremden verpflegt wurde. Verschiedene Patienten wurden zeitweilig abgesondert, wenn sie einen Anfall von «Bösartigkeit» bekamen oder besonders lästig waren; einen einzelnen sperrte man sogar «wie ein unartiges Kind» in einen Schrank ein. Hinsichtlich mehrerer dieser Fälle handelte es sich um Epileptiker, Hallucinanten und Imbezillen. Ein Patient wurde in einem dafür gezimmerten Raume eingesperrt, wenn er wild, lästig und bösartig war. Für ein blödsinniges Kind hatten die Eltern in der Wand eine Vorrichtung anbringen lassen, an welche der Knabe wie ein Pferd angespannt wurde, damit er nicht fallen sollte. Einem Epileptikus band man beim Eintreten eines Akzesses Hände und Füsse mit Stricken, um einer etwaigen Gefahr vorzubeugen. In einem Falle quälte sich die Mutter einer zahlreichen Familie Tag und Nacht mit der Versorgung ihres völlig hilfsbedürftigen blödsinnigen Kindes; das Kind konnte weder sitzen, stehen noch gehen, musste gewaschen, gereinigt, gefüttert, kurz bei allem geholfen werden. Unter diesen Umständen hielt sich der Vater für verpflichtet, das Kind dann und wann in einen Schrank zu sperren, damit vermieden würden, dass die Mutter ihren Kräften gar zu viel zumutete. Der Tod dieses Kindes wurde vom Vater sowie den andern Angehörigen als eine Erlösung betrachtet. In einem andern Falle stellten sich bei einem blödsinnigen Knaben, als er

kräftiger wurde, heftige Rasereianfälle ein; um Unheil vorzubeugen, band man ihn in dem Kinderstuhle fest. Einige Patienten wurden bei zeitweiliger Abwesenheit der Hausgenossen, beispielsweise des Ehemannes, einfach eingesperrt, weil man es für gefährlich hielt, den Patienten allein zu lassen.

Ein nicht unbedeutender Prozentsatz der Patienten verrichtete etwas Arbeit in der Haushaltung; verschiedene Kranke waren imstande für sich selbst zu sorgen und ihr Brot zu verdienen. Einige machten bei oberflächlicher Untersuchung den Eindruck, als ob sie völlig normal seien, waren in der Gesellschaft arbeitsam, ohne dass sie irgend welche Belästigungen erfuhren, abgesehen davon, dass sie dann und wann von ihren Kameraden geneckt wurden. Als Berufsarten wurden angegeben: Bauernknechte, Ackerbauer, Strassenarbeiter, Erdarbeiter, Scheuerleute, Hafenarbeiter, Laufburschen, Hausierer, Gärtner, Seiler, Bleicher, Maler, Schuhmacher, Korbflechter, Flachsarbeiter, Kolporteure, Strassenmacher, Nähterinnen, Dienstboten. In einem der Fälle wurde dem Dienstherrn, bei welchem der Patient arbeitete, seitens der Armenverwaltung eine wöchentliche Vergütung ausgezahlt, damit er den Patienten regelmässig arbeiten lasse. Mehrere Patienten, unter denen sich Familienhäupter, Hausfrauen, Broterwerber befanden, die, obwohl nicht geheilt, auf ausdrücklichen Wunsch ihrer Familie entlassen worden waren, schienen ihre Stellung in der Gesellschaft sehr gut behaupten zu können; die Männer standen beispielsweise bei ihren Arbeitgebern als tüchtige, ordentliche und fleissige Arbeiter angeschrieben. In einer Gemeinde verdienten drei Imbezillen als Gärtner, bezw. als Strassenarbeiter gegen einen Wochenlohn von f 5·50, bezw. f 7·— und f 9·— ihr Brot selber; vier andere Imbezillen verdienten als Schuhmacher, bezw. als Dienstmann, Bäckergeselle, Hausierer ihren eigenen Unterhalt; ein Imbezill, welcher jahrelang als Seiler regelmässig fleissig gearbeitet und hübschen Arbeitslohn verdient hatte, sah sich vergeblich nach einem für ihn geeigneten Arbeitskreise um, seitdem die Seilerbahn abgeschafft worden war.

Anderseits wurden totale Idioten, gebrechliche Individuen in völlig hilfsbedürftigen Zustande angetroffen, deren Eltern keinen Verzicht auf sie leisten wollten, solange sie lebten, auf deren geistige Entwicklung jedoch nicht die mindeste Sorgfalt verwendet wurde.

Verschiedene Schwachsinnige wurden ganz wie ein Kind behandelt; sie sassen z. B. in einem Kinderstuhle, angetan mit einem Schmutzkittel oder liefen mit einem Schutzhut in Kinderkleidern umher und spielten mit Kinderspielsachen, obgleich sie die Kinderjahre schon längst überschritten, ja selbst ein Alter von 60 Jahren erreicht hatten.

Die grosse Mehrzahl der Patienten gab im häuslichen Kreise keinen Anlass zu irgend welchen besondern Schwierigkeiten; zwar trat bei vielen hin und wieder ein Ausbruch von Aufgewecktheit ein, sodass sie lästig, starrköpfig und aufbrausend waren, Neigung zur Ausübung von Exzessen zeigten, *doch hatte die Familie in den meisten Fällen gelernt, diesen Schwierigkeiten vorzubeugen.* So traten bei einem Idioten, der laut Aussagen seiner Mutter bis zum Alter von 17 Jahren gutmütig wie ein Kalb war, heftige Wutanfälle auf, in welchen er, wie erzählt wird, so stark war wie ein Löwe; in einem solchen Anfalle warf er seine Mutter zu Boden, wobei diese sich ernstlich verletzte. Dieses Unglück machte auf den übrigens sanften und gutmütigen Knaben einen solchen Eindruck, dass er sich in der Zukunft völlig beherrschen lernte; wenn er eine seiner bösen Launen nahen fühlte, so verliess er das Zimmer und suchte die Einsamkeit auf. Ein Imbezill, der unterm Einfluss des Alkohols sein Schwesterchen hatte belästigen wollen und deswegen von seinem Vater ernstlich zur Rede gestellt worden war, enthielt sich in der Zukunft des Genusses geistiger Getränke.

Unter dieser Kategorie kommen auch *passive Naturen* vor, die, *falls sie in schlechte Gesellschaft geraten*, sich zu allem hergeben; sie begehen Taschendiebstahl, bestehlen die Ladenkassen, machen Erpressungsversuche, legen falsches Zeugnis ab usw. Eine Idiotin, die dazu überredet wurde, verkleidete sich in Männerkleider und verlockte dann Männer mit ihr mitzugehen auf ihr Zimmer, woselbst die Häupter der Bande die sogenannten Logiergäste dann bedrohten, sie würden die Sache veröffentlichen, falls ihnen die Geheimhaltung nicht bezahlt würde. Ein 16jähriger Idiot, welcher unter eine Diebesbande geraten war, schlief des Nachts auf der Strasse, unter einer Brücke, in einem Eisenbahnwagen u. dergl. m., obgleich er bei seinen Eltern, die sehr ordentliche Leute waren, ein gutes Unterkommen hatte. Ein anderer Imbezill, der bei einem Taschendiebstahlsversuche auf frischer Tat er-

tappt wurde, würde den Polizisten mit seinem Holzpantoffel ernstlich verwundet haben, wenn der Schlag nicht noch rechtzeitig von einem Dritten aufgefangen worden wäre.

Wenn diese Patienten *in eine günstige Umgebung versetzt* werden, so zeigen sie sich von einer ganz andern Seite, sie werden ruhig, ordentlich, arbeitsam und folgsam ; es muss jedoch gewissenhaft Obacht gegeben werden, dass sie nicht mit solchen Patienten in Berührung kommen, welche einen ungünstigen Einfluss auf sie ausüben könnten. Ein ebenso günstiger Effekt wurde wahrgenommen bei einem 36jährigen Epileptikus, der vor seiner Internierung bei seiner Mutter im obern Teile einer doppelten Bettstelle schlief und versuchte, sie in einem Anfalle von post-epileptischem Furor zu erwürgen und später, in einem prä-epileptischen Akzess, zu stuprieren. Dieser Patient war bereits einige Male von der Treppe gefallen, einmal ins Wasser, hatte sich mehrmals verbrannt, mit einem Messer verwundet und war ein grosser Liebhaber vom Rauchen, Tabakkauen, geistigen Getränken und vielem Essen. In der Anstalt war er ein fleissiger Arbeiter und gab nicht zu den geringsten Schwierigkeiten Veranlassung.

In einzelnen Gemeinden wurden noch sogenannte *Strassennarren* angetroffen, so z. B. ein Imbezillitas-Kranker, der sich den lieben langen Tag wie ein Strolch in zerrissenen Kleidern umhertriebum, wie es hiess, Bleistifte zu verkaufen, in Wirklichkeit aber bettelte. Ein Bruder und eine Schwester, beide imbezill, verdienten ihr Brot mit einer Drehorgel, wobei sie zum Ergötzen des Publikums sangen und tanzten.

In Fällen, wo der natürliche Versorger gestorben war, dauerte es bisweilen geraume Zeit, bevor es sich herausstellte, in welch traurigen Umständen der Geisteskranke lebte. Ein gleiches gilt u. a. von einer Hysterica, welche einen äusserst widerspenstigen und eifersüchtigen Charakter hatte und an heftigen Rasereianfällen, verbunden mit Neigung zur Selbstverstümmlung, aggressivem Auftreten usw. litt. Nach dem Tode ihres Vaters hinterblieb dieselbe samt ihrer Mutter in kummervollen Verhältnissen ; die Mutter verheimlichte das aus Furcht, dass ihre Tochter entdeckt und interniert werden würde. Ein Furoranfall, in dem die Patientin ihre Mutter und sich selbst zu erdrosseln versuchte, gab den Anlass, dass die Nachbarn zur Hilfeleistung herbeieilten und schliesslich die Vorteile der Patientin gebührend beherzigt wurden.

Von den 108 Patienten, die *in der eigenen Wohnung* verpflegt wurden, gehörten 56 dem männlichen und 52 dem weiblichen Geschlechte an. Das Alter betrug 20—30 Jahr bei 1, 30—40 Jahr bei 12, 40—60 Jahr bei 56, 60—70 Jahr bei 21, 70 Jahr bei 2, 71 Jahr bei 1, 72 Jahr bei 2, 73 Jahr bei 2, 74 Jahr bei 3, 75 Jahr bei 1, 76 Jahr bei 1, 77 Jahr bei 2, 78 Jahr bei 1, 79 Jahr bei 1, 80 Jahr bei 2 Personen. Nachstehendes Verzeichnis gibt eine Übersicht über das Zivilverhältnis:

Ledig	26 Männer	32 Frauen	58 insgesamt
Verheiratet	23 «	4 «	27 «
Witwer oder Witwe	6 «	16 «	22 «
Geschieden	1 «	0 «	1 «
	56 Männer	52 Frauen	108 insgesamt

Von diesen Personen waren wohlhabend: 37, weniger wohlhabend: 21, unbemittelt: 26, unterstützungsbedürftig: 21.

Die Verpflegung konnte genannt werden: sehr gut in 1, gut in 24, genügend in 47, ungenügend in 7 Fällen, und in 29 Fällen genossen die Kranken dieselbe Pflege wie die übrigen Hausgenossen; *42 Patienten wohnten allein,* hierunter befanden sich Personen im Greisenalter, die bereits aus diesem Grunde Anspruch auf Verpflegung erheben durften. Zwei weibliche Patienten im Alter von 70 und 73 Jahren verrichteten noch die wirtschaftlichen Arbeiten und verdienten, so gut es anging, das tägliche Brot. Bei drei wohlhabenden Kranken stand eine Wirtschafterin der Haushaltung vor, während bei zwei andern einer Pflegerin die Versorgung übertragen worden war.

In manchen Fällen wurde seitens der Armenverwaltung die nötige Unterstützung gewährt, oder auch beispielsweise für die regelmässige Reinigung der Wohnung gesorgt. Bei verschiedenen Patienten brachten hin und wieder die Familienglieder deren Hauswirtschaft in Ordnung, oder die Nachbarn boten ihre Hilfe an, solange dem Patienten damit gedient war. In einzelnen Fällen wurde seitens der Polizei Aufsicht geführt und zwar in Fällen, worin die Patienten Ruhestörung verursachten oder die Strassenjugend sie plagte, z. B. an die Fenster klopfte, die Scheiben einwarf, Steine in den Korridor schleuderte u. dergl. m.

Einige dieser Patienten führten ein völlig zurückgezogenes

Leben, liessen Niemand ohne dringende Notwendigkeit in ihre Wohnung und hielten dieselbe systematisch geschlossen. In diesen Fällen wurde die furchtbarste Verwahrlosung angetroffen. Das gilt beispielsweise von zwei weiblichen Patienten, die Unterstützung empfingen und im übrigen von milden Gaben lebten. Die Wohnung der einen bestand aus einem einzigen Zimmer, dessen Fenster verbarrikadiert war, weil die Strassenjugend die Scheiben eingeworfen hatte. Die Patientin war fremdartig ausstaffiert, schmutzig und verwahrlost. Das Zimmer war mit zerbrochenem Hausrat, Lumpen und allerlei heterogenen Gegenständen angefüllt. Der Ofen, der in einer Ecke der Stube stand, ohne Röhre, war der einzige Gegenstand, welcher nicht vernachlässigt war und der, wie Patientin behauptete, wie ein Spiegel glänzte. Das Mittagsbrot schien in einem Kohlendämpfer auf ein paar glühenden Kohlen zubereitet zu sein. Des Nachts ging die Patientin nicht zu Bett, selbst nicht in der bittersten Kälte, weil es in ihrem Zimmer spukte, wie sie sagte. Bei der anderen Patientin lagen auf dem Tische und den andern Möbeln Stücke verschimmelten Brotes, verdorbene Fischreste, usw., die sie laut ihrer Angabe kümmerlich zusammengescharrt hatte. Die Bettstelle enthielt nur Lumpen, die zum Zudecken völlig unzureichend waren.

In verschiedenen Fällen, *in denen die Umstände günstig waren, schien die Verpflegung ernstlich zu wünschen übrig zu lassen.* So war die Verpflegung eines Patienten, der in einem vornehmen Hause wohnte und sehr wohlhabend war, einer Pflegerin und einer Gesellschafterin, die der Haushaltung vorstand, anvertraut. Wenn der Patient unter Einfluss einer ihn beherrschenden Angst laut zu lärmen begann und schrie, so sperrte man ihn in den dunklen Keller ein oder brachte ihn barhäuptig in den Garten, damit er sich abkühle. Seine Tochter, eine vorzügliche Ehefrau und Mutter, lobte ihres Vaters Pflegerinnen ungemein und missbilligte deren Handlungen durchaus nicht: «Papa kann doch sehr lästig sein!» Ein 50jähriger sehr wohlhabender Idiot sass regelmässig bei der Magd in der Küche, während sein Schwager und dessen Frau, die bei ihm wohnten, sich im Wohnzimmer aufhielten. Patient betrat niemals die Strasse. Ein Idiot, welcher ein sehr schönes, vornehmes Haus bewohnte, hauste mit dem Hausmann und dessen Frau in der Küche; einmal im Monat besuchte ihn sein Kurator

und wurde dann im guten Zimmer empfangen, während der Patient im grossen Gartenzimmer sass. Patient kam selten oder nie in den Garten, weil er früher beim Verjagen von Tauben eine Glasscheibe bei den Nachbarn eingeworfen hatte. Im übrigen liess man ihm, nach Aussagen des Hausmannes, in allen seinen Handlungen freien Willen.

Ein reicher an Dementia paranoïdes Leidender, welcher in einer Pension wohnte, wurde in höchstverwahrlostem Zustande in einem kleinen, kahlen Schlafzimmer angetroffen, worin nur ein Bett mit Zubehör stand.

Ganz wider Erwartung wurden in verschiedenen Fällen sehr günstige Resultate erzielt. Ein an paranoïa Leidender, welcher in dem Wahne lebte, der Sohn Gottes zu sein und nach einer zeitweiligen Internierung wieder zu seiner Familie zurückgekehrt war, nahm seine früheren Beschäftigungen wieder auf und betrug sich von Stund an gesellschaftlich korrekt; nur wenn er in Affekt geriet, wenn z. B. über Religion gesprochen wurde, äusserte er sich dahin, dass er seine Perlen nicht vor die Säue werfen wollte, doch tat er dies nur seiner nächsten Umgebung gegenüber. Eine 45jährige Scheuerfrau, die seit dem Tode ihrer Mutter allein wohnte, verdiente mit scheuern genügend, um davon leben zu können, obschon sie in hohem Grade schwachsinnig war. Sie antwortete auf diesbezügliche Fragen, dass sie zwei Monate alt gewesen sei als sie zur Welt kam und halb so gross wie jetzt. Niemals habe sie von Amsterdam gehört, wo sie stets gewohnt hatte, aber wohl von der «elastischen (elektrischen) Strassenbahn». Sie war Jüdin und ging des Sonntags regelmässig in die Skt. Barbara-Kirche. «Gott ist ein greiser Mann und wohnt auf dem Turme.» Patientin ging ruhig ihres Wegs, war zufrieden und glücklich, gutmütig und sanft.

In Wohltätigkeitsanstalten und Instituten verschiedener Art, wie Armenhäusern, Krankenhäusern, Waisenhäusern, Stiften für alte Männer und Frauen, Herbergen für Obdachlose, Arbeitsanstalten, Spitälern, Sanatorien, Nervenheilanstalten wurden verpflegt 132 männliche, 89 weibliche, insgesamt 221 Irren, deren Alter war: von 10—20 Jahr bei 8, von 20—30 Jahr bei 19, von 30—40 Jahr bei 32, von 40—50 Jahr bei 45, von 50—60 Jahr bei 60, von 60—70 Jahr bei 33, von 70—80 Jahr bei 18, von 80—90 Jahr bei 6 Patienten.

Nachstehendes Verzeichnis giebt eine Übersicht über das Zivilverhältnis:

Ledig	120	Männer	80	Frauen	200	insgesamt
Verheiratet	6	«	6	«	12	«
Witwer oder Witwe	6	«	3	«	9	«
	132	Männer	89	Frauen	221	insgesamt.

Von diesen Patienten waren wohlhabend: 23, minder wolhabend: 21, mittellos: 130, unterstützungsbedürftig: 11.

Die Verpflegung war: sehr gut in 35, gut in 76, genügend in 11, gleich der der übrigen Hausgenossen in 49, ungenügend oder nicht ganz ungenügend in 20 Fällen.

Nur in vereinzelten Fällen wurden *gänzlich ungenügende Zustände* angetroffen; der Patient sass beispielsweise völlig stumpfsinnig den ganzen Tag mit aufgesteckter Leibwäsche auf einem Nachtstuhle und zwar inmitten von Personen verschiedenen Geschlechts; andere lagen in einer geschlossenen Bettlade zu Bette oder waren mit Handtüchern oder noch auf andre Weise in einer Bettstelle festgebunden, um vorzubeugen, dass der Patient das Bett verlasse. In einer einzigen Anstalt schliefen zwei Patienten in einem Bette. Ein Imbezill, welcher sehr unruhig und rumorig war und unordentlich und vernachlässigt aussah, etwa den Eindruck eines Strolches machte, war der Hut eines Mitverpflegten anvertraut, eines ehemaligen Alkoholikers, einer rohen, ungeschlachten Person, der seiner eigenen Aussage nach sehr gut gelernt hatte, solche Knaben «klein zu kriegen». Trotz der ungünstigen Umstände war der Knabe vergnügt und zufrieden, hatte nicht die geringste Klage über seine Versorgung. — Ein an Dementia prænose Leidender, während seiner Pubertätsjahre aufgetreten, war damals von seinem Vater, einem Bauern hergeschickt worden, weil Patient früher ein ordentlicher Knabe, mit der Zeit ein Müssiggänger und Nichtsnutz geworden war, faul, gleichgiltig und gefühllos. Nachdem er einige Zeit sich umhergetrieben hatte, kam er schliesslich in die Anstalt, wo er sich als Küchenjunge nach und nach recht verdienstlich machte. Eine an Insania hysterica Leidende, die während der ersten Zeit ihrer Anstaltsverpflegung an heftigen Anfällen von Aufgewecktheit gelitten hatte, zeigte sich nach und nach als eine eifrige Arbeiterin, als man sie in der

Wäscherei beschäftigte und gab auch weiterhin zu keinerlei Schwierigkeiten Veranlassung.

In *fremden Familien* waren aufgenommen 178 männliche, 148 weibliche, insgesamt 326 Patienten, deren Alter betrug: 10—20 Jahr bei 6, 20—30 Jahr bei 25, 30—40 Jahr bei 60, 40—50 Jahr bei 76, 50—60 Jahr bei 70, 60—70 Jahr bei 66, 70—80 Jahr bei 19, mehr als 80 Jahr bei 4 Patienten.

Von diesen Irren waren:

Ledig	168 Männer	138 Frauen	306 insgesamt
Verheiratet	6 «	6 «	12 «
Witwer oder Witwe	2 «	4 «	6 «
Geschieden	2 «	— «	2 «

Bei weitem, die grösste Mehrheit war wenig- oder unbemittelt. Die Verpflegungsweise war: sehr gut bei 18 Patienten, gut bei 99, genügend bei 88, gleich derjenigen der übrigen Hausgenossen bei 115 Verpflegten, während bei 6 Patienten permanente Aufsicht geführt werden musste.

Einer der Patienten, 65jähriger Pflegling, für den wöchentlich f 5.— Kostgeld gezahlt wurde, wurde neben dem Kuhstall in einem abgeschlagenen Teile eingesperrt, wenn er aus seinem Stumpfsinn erwachte; dieser Patient hatte die Gewohnheit sich selbst zu beschmutzen und zu beschmieren, das Brot in seinen Urin einzutunken u. dergl. m. Ein 30jähriger an Dementia præcox Leidender stand den ganzen Tag wie eine Bildsäule bewegungslos auf derselben Stelle. Ein 20jähriges imbezilles Mädchen wurde in einem Hause angetroffen, in welchem man Kostgänger hielt; mit einem derselben hatte sie sich in ein Verhältnis eingelassen.

Neben einer grossen Anzahl von Fällen, worin die Verpflegung den angemessenen und vernünftigen Anforderungen genügte, kamen andere vor, in welchen der Patient seine Zeit in Müssiggang verbrachte, tatsächlich nur vegetierte, verwahrlost und schmutzig aussah und sich auf öffentlichen Strasse umhertrieb. Ein Patient hatte die Gewohnheit, seine Bedürfnisse auf dem Fussboden zu verrichten, ein anderer seine Exkremente auf der Feuerherdplatte zu deponieren. Mehrere, unter denen sehr bejahrte Leute, schliefen auf dem Dachboden in einem oftmals nicht von der Umgebung getrennten Teile in einem auf dem Fussboden gerüsteten Bette. Der Speicher wurde des Nachts meistens abgeschlossen gehalten. Ein 73

jähriger Kranker, der des Nachts jammerte und schrie, gab die Veranlassung zu dem völlig unbegründeten Gerüchte, dass er misshandelt werde. Ein Idiot schlief des Nachts im Stalle, in einem Verschlage neben dem Ziegengelass auf einem Haufen Stroh und Lumpen. In verschiedenen Fällen schien von einer Trennung der Geschlechter keine Rede zu sein. Eine 17jährige Imbezillin mit erotischen Neigungen, wurde von einem Hausgenossen geschwängert. Ein 19jähriger Idiot legte sich des Nachts bei der Tochter des Hauses ins Bett und beging unsittliche Handlungen. Ein 18jähriger schwachsinniger Jüngling schlief des Nachts bei seiner 28jährigen Tante, ohne dass das bei den übrigen Hausgenossen Anlass zum Anstoss gab, bis dieselbe schliesslich schwanger zu sein schien. Bis in die heutige Zeit herrscht in manchen Gegenden noch der Glaube, dass die Irrsinnigen Kälte, Hunger und Mangel ertragen könnten, ohne dass es ihnen schadet und dass man nicht zu befürchten brauche, dass sie Kinder erzeugen könnten oder schwanger würden. Über eine Witwe, die ihren verstorbenen Mann schlecht behandelt haben sollte, hatte sich das Gerücht verbreitet, dass ihr Mann aus Rache des Nachts zu ihr nach Hause käme und spuke. In dem Wahne, dass das wirklich der Fall sei, stand die Frau bisweilen Todesangst aus. In einem Falle rottete sich das Volk vor einem Hause zusammen, so dass schliesslich die Polizei dazwischen fahren musste, weil die Hausfrau verdächtigt wurde ihren Mann mit Hilfe ihrer Eltern in einer Irrenanstalt aufnehmen zu lassen, obgleich er durchaus nicht irrsinnig sein sollte. Patient zeigte sichtliche Erscheinungen von Verfolgungswahnsinn; mehrmals war er seiner Frau zu Leibe gegangen in den Glauben, dass sie ihn vergiften wolle. Übrigens hatte er seinen inneren Zustand zu verheimlichen gesucht, sogar seiner Umgebung gegenüber. In einem anderen Falle hatte ein Alkoholiker, bei welchem Erscheinungen von Eifersuchtswahnsinn aufgetreten waren und der in dem Wahne lebte, dass seine Frau mit ihrem beiderseitigen Sohne unzüchtig lebte, das Gerücht verbreitet, dass sie ihn vergiften wollte, so dass sich die Frau schliesslich nicht mehr auf die Strasse wagte, aus Furcht molestiert zu werden. Eine an Insania hysterica leidende Patientin lebte mit ihrem Ehemanne, einem Säufer, fortwährend in Unfrieden und Zwietracht; die unerquicklichsten Auftritte fielen vor, so dass der Mann drohte, seine Frau

an die Kette zu legen, mit der Zange totzuschlagen, dass er ihr tatsächlich die Kleider vom Leibe riss, einen Eimer Wasser über den Leib goss, usw., ohne dass es sich die Frau zu Herzen zu nehmen schien; schliesslich lebten sie geschieden.

Idiotische und imbezille Kinder wurden, sowohl in einer fremden Familie als auch bei ihren Eltern, oftmals verwöhnt, systematisch verzogen, in anderen Fällen dagegen systematisch streng gehalten, in die Ecke gestellt, in einem Schrank gesperrt oder körperlich gezüchtigt; wiederum in andern Fällen verfiel die Hausfrau oder das Familienoberhaupt von einem Extrem ins andere.

In manchen Fällen erhielt man anfänglich einen günstigen Eindruck, aber bei näherer Untersuchung stellte es sich heraus, dass der Patient tatsächlich ausgenutzt und von seinen Kräften mehr gefordert wurde als angemessen war.

Sehr Instruktiv war die Art und Weise, *in welcher die Patientin allmählich ihrer Umgebung angepasst*, die rauhen Ecken nach und nach abgeschliffen wurden, dass der Patient gelernt hatte, die Hände zu gebrauchen, sich zu beherrschen und schlechte Eigenschaften, wie Reizbarkeit, Eigensinn, Misstrauen, Eifersucht, etc. zu unterdrücken. Bei zwei Patienten, bei denen sich der Wahn ehelicher Untreue auf alkoholischem Boden entwickelt hatte, verschwand diese krankhafte Idee in der Familie erst nach einer Dauer von vier bis fünf Jahren, nachdem sie zuvor reichlich ein Jahr in einer Irrenanstalt verpflegt worden waren. Ein Patient, welcher vorher in einem Sanatorium für Trunksüchtige verpflegt und ein anderer, der bereits zweimal in einer Reichsarbeitsanstalt wegen Landstreicherei aufgenommen worden war, hatten sich der Familienumgebung völlig angepasst. In einzelnen Fällen, dass die Patienten wegen hinzutretender Nebenumstände in einer Familie untergebracht waren, statt dessen, dass man sie aus dem Krankenhause, in welchem sie Verpflegt worden waren, in eine Irrenanstalt überführt hatte, wie das ärtztliche Gutachten lautete, schienen die Resultate nicht ungünstig zu sein. Ein gleiches gilt von solchen Patienten, die geraume Zeit, sogar Jahre lang hintereinander, in einer Irrenanstalt verpflegt wurden und als nicht geheilt, auf Wunsch entlassen waren.

Nicht unbedeutende Unterschiede betreffs der Verpflegung

in eigener Familie sowie in fremden Familien wurden wahrgenommen zwischen den Grosstädten und dem platten Lande, hauptsächlich in Gegenden, wo die Bevölkerung ein isoliertes Leben führt, wo die Wohnungen in grosser Entfernung voneinander liegen, wie es auf Inseln öfters der Fall ist. Bei einer solchen Bevölkerung scheint man berücksichtigen zu müssen, dass *sich Heimweh* einstellen kann, und die Tatsache, dass eine Zurückversetzung in die Familie als Folge hiervon einen überraschenden Effekt hervorzurufen imstande ist. In einer derartigen Gegend traf man Patienten in ihrer eigenen Wohnung oder bei ihren Eltern an, welche mitten im geräuschvollen Stadtleben sicherlich nicht weiter verpflegt werden konnten. Folgender Fall möge als Illustration dienen :

Eine an Dementia paranoïdes leidende Kranke, die unter dem Einflusse ihrer Wahnideen öfters Lärm schlug und sich eigentümlich benahm, war tagsüber allein zu Hause, führte die Wirtschaft und kochte ihr Mittagsbrot selber; ihre Tochter war während des Tages anderswo beschäftigt und kam abends erst spät nach Hause. Ein 16jähriger Idiot, der im Hause seiner Grosseltern verpflegt wurde und einen schlechten Charakter hatte, so dass er Tiere quälte, Mädchen unter die Röcke fasste, usw., gab zu keinen besonderen Schwierigkeiten Anlass, weil die Wohnung isoliert lag. Ein 19jähriger Idiot, der exhibitionierte und in seinem Auftreten äusserst unverschämt war, konnte gleichfalls ohne Bedenken im Hause seiner Eltern verpflegt bleiben. Ein 43jähriger Patient, der an Dementia præcox litt und in sehr armseligen Verhältnissen lebte, ging täglich regelmässig zu einem der Dorfbewohner, um «seinen Bauch voll zu schlagen»; jedoch wagte er sich wohlweislich nicht in das innere Dorf hinein, um zu verhüten, dass die Schuljugend ihn neckte. Bei einer sehr bejahrten Mutter wurde ein wahnsinniger Sohn angetroffen, welcher vollständig isoliert lebte, aber regelmässig arbeitete; wenn er aus seinem Stumpfsinn erwachte, wobei er heftig tobte und laut schrie, suchte er rasch die Scheune auf, verweilte dort bis er sich besser fühlte und ging dann ruhig wieder an seine Arbeit. Ein 35jähriger an Dementia paranoïdes Leidender, welcher das Haus seines Onkels in Brand gesteckt hatte und als unzurechnungsfähig erklärt, nach einem Aufenthalte von drei Jahren als nicht geheilt aus der Irrenanstalt entlassen worden

war, arbeitete seit seiner Heimkehr in der elterlichen Wohnung wieder eifrig, gab zu keinerlei Schwierigkeiten Anlass, lebte mit seinem Onkel in gutem Einverständnis und schlief des Nachts bei seinen Eltern in demselben Zimmer, damit die nötige Aufsicht gehalten werden konnte.

Eine 15jährige Idiotin ging nicht zur Schule, weil sie von der Schuljugend geneckt und gereizt wurde; ihre Mutter lehrte dem Kinde lesen, schreiben, rechnen und arbeiten, und wie es schien, mit günstigem Ergebnis. Ein 17jähriger Idiot war bei einem Schlafwirte, bei dem es aus- und einging, in die Kost gegeben worden; auf Trennung der Geschlechter wurde hier gar keine Rücksicht genommen, ohne dass jemand Anstoss daran nahm. Der Knabe musste, wenn kein Platz mehr vorhanden war, sein Bett mit einem durchreisenden, umherziehenden Manne oder einer Frau teilen. Bei weitem die grösste Mehrzahl dieser Patienten arbeitete regelmässig, hütete die Kühe, beaufsichtigte Kinder, trug Wasser oder Sand herbei, machte Bestellungen usw.

Aus den vorhandenen Angaben geht hervor, dass die *Einwendungen, welche gegen die Verpflegung in eigner Familie* von verschiedenen Seiten aus und in verschiedenen Ländern *erhoben* wurden, wenigstens der Hauptsache nach ziemlich übereinstimmen.

Wie mit Recht bemerkt wird, kommt das Treffen einer Wahl gar nicht in Betracht; bei der Verpflegung in einer fremden Familie fühlt sich der Patient oftmals erst dann am rechten Platze, nachdem er ein- oder mehrmals wiederholt von einer Familie in die andere versetzt worden ist.

Die Patienten lassen sich in der Regel in ihrer eigenen Umgebung nicht so bequem leiten als in einer fremden Familie; eigene Verwandten üben weniger Macht aus, fremde Augen zwingen.

Die Aufsicht in einer fremden Familie ist leichter zu führen als in der eigenen Umgebung; viel Takt und grosse Umsicht sind nötig um zu verhüten, dass die Familie die Kontrolle als unerwünschte Einmischung auffasst.

In den meisten Fällen glaubt die eigene Familie viel zu früh, dass der Patient vollständig geheilt ist und sieht dessen krankhafte Äusserungen als Karakterfehler, Unwillen, Starrköpfigkeit, Eigensinn usw. an.

Die Familie des Patienten ist manchmal degeneriert oder

psychopathisch belastet. Besonders wenn der Patient und seine Familie in demselben Sinne abweichen, muss das als ein ungünstiger Moment angemerkt werden. Gerade unter derartigen Umständen kann der Zustand des Patienten zum Auftritte des Irrsinns führen, sogar auch bei andern Gliedern der Familie.

Patient und Familie sind sich oftmals entfremdet; Umstände vor dem Auftreten der eigentlichen Krankheit haben hierzu öfters die Veranlassung gegeben. Die Folge davon ist, dass die Familie den Patienten weniger sorgfältig behandelt, ihn nicht zu leiten weiss, und dass naturgemäss deshalb die notwendige Aufsicht vernachlässigt wird. Manchmal gerät die Familie in Extreme, lässt dem Patienten anfangs in allen Stücken freien Willen, um dann später bei der geringsten Veranlassung streng aufzutreten oder den Patienten gänzlich sich selbs zu überlassen, ihn in der Tat zu vernachlässigen; auf diese Weise macht der Patient Rückschritte, es mangelt ihm an den nötigen Reizen, er wird träge und indolent usw. Besonders bei Patienten, welche ungesellschaftliche Neigungen zeigen, beispielsweise der Trunksucht fröhnen, werden diese nachteiligen Folgen beobachtet.

Bei verheirateten Leuten tritt die Gefahr auf, dass sie Nachkommen erzeugen oder schwanger werden, wo das vom ärztlichen Standpunkte aus als kontraindiziert erachtet wird.

Ferner lehrt die Praxis, dass sich oftmals Schwierigkeiten darbieten, einer Familie die Unterstützung zu entziehen, wenn der Patient genügend von seinem Irrsinn geheilt ist. In vielen Fällen scheint die Unterstützung mehr der Familie als dem Patienten zugute zu kommen. Die Gefahr einer Übertreibung der Anzahl unterstützungsbedürftiger Irren darf, erfahrungsgemäss, nicht unterschätzt werden. Bei einer fremden Familie zeigt sich diese Bedenklichkeit nicht in jenem Masse, weil die Stelle eines geheilten Irrsinnigen wiederum von einem andern Pflegling eingenommen werden kann.

Es kann nicht in Abrede gestellt werden, dass diese Bedenklichkeiten mehr oder weniger Existenzberechtigung haben, was auch die Erfahrung bestätigt.

Mit Recht wird die *Verpflegung* in der *eigenen Wohnung* die *einfachste* und *natürlichste* genannt, ist aber in der Praxis die schwierigste Form der Verpflegung.

Es darf nicht übersehen werden, dass die *Verpflegung in*

der eigenen Familie kein System ist, sondern ein *Unterteil der Behandlung*, der Gesamtheit aller Massregeln, welche dem Irrenarzte zur Verfügung stehen, die Gesundheit des Kranken zu fördern.

Aus den verschiedenen Statistiken geht hervor, dass in einem nicht unbedeutenden Prozentsatz der Fälle, trotz des Mangels an irgend welcher Regelung, dennoch gute Resultate erzielt werden, dass der Patient wiederum seinen alten Platz in der Familie einnimt, seine Beschäftigung von neuem wieder erfasst, die Wirtschaft führt, kurz, dass er sich gesellschaftlich beträgt. Patienten, die in der Umgebung der Anstalt in einer fremden Familie verpflegt werden und produktive Arbeit verrichten, kehren oftmals auf Wunsch ihrer Familie in die eigene Wohnung wieder zurück und betragen sich dort ruhig und ordentlich, trotzdem dass sie als nicht geheilt entlassen wurden und obgleich es ihnen an sachverständiger Leitung fehlt.

Jeder Einzelfall muss an sich beurteilt werden. Dabei ist nicht nur der Zustand des Patienten, sondern auch die Familie in Betracht zu ziehen. Die Familie muss einigermassen bemittelt sein, um den Patienten den Anforderungen gemäss verpflegen zu können. Grosse Familien mit vielen Kindern sind bei der Verpflegung in eigener Wohnung keine Kontra-Indikation, eher das Gegenteil. Von Stund an muss der Patient wieder in das Familienleben aufgenommen werden, Glied der Familie sein, die kleinen häuslichen Sorgen derselben teilen; mann muss ihn Gelegenheit zu angemessener Arbeit verschaffen und ihm möglichst selbständig tätig sein lassen. Sein Interesse muss erweckt und dafür gesorgt werden, dass er seinen Kräften nicht zu viel zumutet und sich pünktlich an die ihm vorgeschriebene Diät hält. Der Umgang mit dem Patienten sei ganz natürlich und ungezwungen; seine Freiheit werde in keiner Hinsicht beschränkt, abgesehen von speziell ärztlicher Vorschrift.

Vor der Heimkehr des Patienten in seine gewohnte Umgebung, muss die Familie möglichst gewissenhaft über seinen Zustand, sowie über die Fürsorge, welche zu beobachten ist, unterrichtet werden.

Das *Verbindungsglied zwischen* dem *Patienten* und der *Anstalt* werde nicht eher ausgeschaltet, bevor man nicht die Überzeugung erlangt hat, dass Patient in der Tat genügend

hergestellt oder auf dem Wege der Besserung begriffen ist, um entlassen werden zu können. Darum ist es empfehlungswert, dem Patienten vor der Hand einen *Probeurlaub* zu erteilen, sei es einmal oder mehrmals und zwar kürzere oder längere Zeit, je nachdem sein Zustand es erfordert.

Jedoch auch dann ist, wenigstens bei weitem in der Mehrzahl der Fälle, eine *Nachbehandlung* durchaus notwendig, und darf es dem Leidenden an der nötigen sachverständigen Leitung und Aufsicht nicht ermangeln. Eine Regelung dieses Unterteiles der Behandlung ist eine unabweisbare Forderung, wenn keine halbe Arbeit zustande kommen soll. Die *individuelle Behandlung* muss hier ganz besonders zu ihrem Rechte gelangen. *Nicht* die *Form* der *Psychose, sondern* die *Persönlichkeit* des Kranken, die Art und Weise, in welcher er auf die Eindrücke, die auf ihn einwirken, reagiert, giebt den Ausschlag. Deshalb ist es hinsichtlich des Patienten und seiner Vergangenheit, hinsichtlich seiner Geisteskrankheit und der Prognose nötig, die gewissenhafteste Untersuchung einzuleiten.

Die Anzahl Patienten, die für die Verpflegung in eigener Familie in Betracht kommen, beschränkt sich durchaus nicht ausschliesslich auf die ruhigen, arbeitsamen, nicht hilfsbedürftigen, ordentlichen, folgsamen, reinlichen, chronischen Verpflegten. In manchem Falle wurden die günstigsten Resultate erzielt, obwohl der Patient ebensowenig wie seine Hausgenossen samt der Wohnung den an dieselben zu stellenden Forderungen zu entsprechen schienen. Ebenso wurden in Fällen, worin sich alle Umstände sehr günstig ausnahmen, schlechte Resultate bekommen. Auch in dieser Beziehung ist die *Erfahrung* die *beste Lehrerin* und stellt die Praxis die Theorie in den Schatten. Dies schliesst nicht aus, dass allgemeine Regeln aufgestellt werden können.

Für die *Verpflegung* in *eigener Wohnung* kommen Patienten mit Neigung zum Selbstmord oder zur Selbstverstümmlung, zu agressivem Auftreten, zur Begehung von Exzessen, zum querulieren, räsonnieren, komplottieren etc. *nicht in Betracht.* Obschon in akuten Fällen die Verpflegung in eigener Wohnung manchmal durch günstigen Erfolg ausgezeichnet wird, so werden diese Fälle wohl immer zu den Ausnahmen zu rechnen sein. Auch hinsichtlich der vorhergenannten Kategorien von Patienten hüte man sich, dieselben allzu sehr zu

generalisieren. Patienten, die sich sowohl in der Anstaltsverpflegung als bei Verpflegung in einer fremden Familie ungesellschaftlich betragen, stets in sich selbst gekehrt einhergehen, nichts leisten, Neigung zum Selbstmord, zur Flucht usw. zeigen, nehmen wieder, wie es einzelne Fälle lehren, nach Rückkehr in die eigene Wohnung bisweilen ihre Arbeit von neuem auf, nehmen am Familienleben wieder teil und betragen sich gesellschaftlich. Hystero-imbezille Individuen, epileptische und hysterische Patienten usw., deren Verpflegung in der Familie die grössten Schwierigkeiten bietet, zeigen sich nach ihrer Rückkehr in den eigenen Familienkreis von ganz anderer Seite.

Im allgemeinen sind für die Verpflegung in der eigenen Familie am *meisten geeignet:* Leidende an Idiotismus, wenigstens in abgeschwächten Graden, an Imbezillitas, an Dementia præcox, Dementia paranoïdes, Dementia post-apoplexiam und an weitern sogenannten sekundären Schwächezuständen.

An die Verpflegung in eigener Familie muss die Forderug gestellt werden, dass sowohl in materieller, geistiger, sittlicher als auch in intelektueller Hinsicht der günstige Einfluss derselben wahrgenommen wird.

Die *Familie,* eine Gesellschaft im kleinen, muss für den aus der Irrenanstalt entlassenen Kranken eine *Lernschule des Lebens* sein, in welcher er Freud und Leid mit seinen Hausgenossen teilt. Von Stund an muss der Patient, ausgenommen Kontraindikation, sich nützlich zu machen suchen, für sich selber sorgen zu lernen, durch Anstrengung seine Kräfte entwickeln, und muss seine Energie erweckt werden. Von diesem Standpunkte aus beobachtet ist die Verpflegung in eigener Familie ein mächtiger Faktor, der besonders auf das Gemütsleben günstig einwirkt und vor dem eine grosse erzieherische Kraft ausströmt. Stimmmungswechseln, kleinen Schwankungen im Zustande lege man weiter keine Bedeutung bei. Bei periodischen und zyklischen Fällen, bei Epilepsie, Hysterie, neurasthenischen und anderen Psychosen treten öfters Erscheinungen auf, die als eine heilsame Warnung betrachtet werden müssen, um Exazerbationen vorzubeugen.

Unter günstigen Umständen scheinen eine grosse Anzahl Abweichungen auf die Dauer, langsam und stufenweise, auf den Hintergrund zu treten, gleichsam zu verschwinden, so z. B. Hochherzigkeit, Eifersucht, Misstrauen, eigentümliche

Manieren und Gewohnheiten, Neigung zum exzedieren u. dergl. m.

Grosse Vorsicht und Klugheit ist besonders erforderlich bei *Rekonvaleszenten*, die einen akuten Wahnsinnsanfall überstanden haben. Bei dieser Kategorie von Leidenden muss besonders darauf geachtet werden, dass sie Mass halten.

Bei Kranken, welche an *seniler Psychose* leiden, bei denen sich die Krankheit oft langsam und unbemerkt entwickelt und die meistens in eigener Wohnung verpflegt werden, muss danach gestrebt werden, dass der Patient fortfährt sich gesellschaftlich zu betragen und die Umstände danach eingerichtet werden. Diese Patienten sind oftmals lästig, reizbar, aufbrausend, nach Aussagen ihrer Umgebung eigensinnig und starrköpfig und zwar meistens darum, weil sie nicht gut geleitet werden; kommt man ihrer Gedächtnisschwäche entgegen, so treten diese Erscheinungen auf den Hintergrund. Diese Kranken glauben z. B., dass man sie bestohlen hat, weil sie ihre Börse nicht finden können, arbeiten sich fortwährend im Bette ab, weil sie meinen, aufstehen zu müssen und können nirgends ihre Unterkleider entdecken.

Eine Gruppe, für welche die Verpflegung in eigener Wohnung hauptsächlich in Betracht kommt, wenn die Umstände nicht durchaus ungünstig sind, binden die körperlich und geistig *zurückgebliebenen Kinder*. Das Kind darf seinen natürlichen Versorgern nicht entzogen werden ausser zwingender Notwendigkeit. Die Erfahrung lehrt, dass selbst bei tiefstehenden Idioten die günstigsten Resultate erzielt werden bei der Versorgung im eigenen Heim, in erster Linie dann, wenn sowohl der Vater als auch die Mutter dem Kinde ihr ganzes Sorgen widmen. Unter diesen Umständen tritt die Individualisierung voll und ganz in ihre Rechte und ist die Familie das beste Erziehungsinstitut.

Die günstigen Resultate einer Verpflegung in einer *Idiotenanstalt* dürfen sicherlich nicht unterschätzt werden, aber es darf auch nicht übersehen werden, dass die in der Anstalt *erlangten Resultate* oftmals für einen nicht unbedeutenden Teil wieder *verloren gehen* wenn das Kind, nachdem es erwachsen ist, in die Gesellschaft zurückkehrt und den Sorgen seiner *Familie anvertraut* wird, welche die Interessen des Kindes von seiner frühesten Jugend an andern anvertraut hatte. Der schnelle Rückschritt wegen Mangels an guter Lei-

tung in diesen Fällen ist auffallend und um so betrübender, weil die Idiotenanstalten meistens nur für Personen bis zu einem bestimmten Alter bestimmt sind.

Das Geisteskapital, das das zurückgebliebene Kind in seiner Jugend von seinen Eltern erwirbt, kann im spätern Alter nicht erlangt werden. Dabei muss in Betracht gezogen werden, dass es besonders für diese von der Natur stiefmütterlich behandelten Kinder nicht auf den Besitz einer grössern oder kleinern Menge von Schulwissen, sondern auf das Mass gesellschaftlicher Kenntnisse ankommt; diese letztern werden im häuslichen Kreise erworben und ganz besonders erst dann, wenn sowohl der Vater als auch die Mutter es sich zur Pflicht machen, ihr Kind zu einem möglichst brauchbaren Individuum zu bilden.

Schul- und Fachunterricht müssen soviel als möglich Hand in Hand gehen und stets achte man darauf, dass nicht verloren gehe, was gewonnen wurde. An sachverständiger Leitung darf es den Eltern nicht fehlen; Psychiater und Pädagoge müssen den Eltern bei ihrer schwierigen Aufgabe zur Seite stehen.

An dieser Stelle sei auf einen vielfach auftretenden Übelstand hingewiesen. Oftmals gibt das zurückgebliebene Kind in der Volksschule zu keinen Schwierigkeiten Veranlassung; es beträgt sich still und ordentlich, ist sogar der Liebling des Lehrers, bleibt aber stets in derselben Klasse sitzen bis es das Alter erreicht hat, an dem es die Schule verlassen kann. Dass dies ungünstig auf das Kind einwirken muss, und dass unter solchen Umständen einer Internierung in einer Idiotenanstalt bei weitem der Vorzug gegeben werden muss, liegt klar auf der Hand.

In der heutigen Zeit werden in allen Kulturländern in den grössern Städten spezielle Schulen und besondere Abteilungen für zurückgebliebene Kinder ins Leben gerufen; diese Lücke könnte also ausgefüllt werden.

Die Erfahrungen, welche in der Umgebung von Dalldorf, Nossen, Grosshennersdorf, Dun-sur-Auron, Ainay le Chateau usw. gesammelt wurden, lehren, dass die Erziehung des zurückgebliebenen Kindes in einer fremden Familie auch zu günstigen Resultaten führt. Sowohl bei der hetero- als auch bei der homofamilialen Verpflegung muss die Frage aufgeworfen werden, ob die Familie für die oben umschriebene Aufgabe

geeignet ist. Dieses ist von noch grösserem Belang als der Charakter des Kindes selbst. Die Versorgung des Kindes muss eine medizinisch-pädagogische, eine individuelle sein; Kenntnis des Charakters des Kindes scheint auch hier Macht zu sein.

Schon von klein auf eigne sich das Kind die Gewohnheiten an, seine Zeit nützlich anzuwenden, sich anzustrengen; Kinder, die ungeschickt und unbeholfen sind, entwickeln sich unter den Mutteraugen immer zur Zufriedenheit, lernen Mass halten und sich selber helfen. Arbeit ist Bedürfnis und Pflicht eines jeden Menschen, es ist ein notwendiger Lebensreiz, heilsam für den Geisteskranken und hauptsächlich auch für das zurückgebliebene Kind. Träge, teilnahmslose, scheinbar ganz stumpfsinnige Kinder leben sozusagen auf, wenn ihr Interesse erweckt wird und sie zu nützlicher Arbeit angehalten werden.

Arbeit ist gleichfalls von schwerwiegender Bedeutung bei einer grossen Anzahl anderer Geistesabweichungen, nämlich Dementia præcox, Dementia paralytica, Neurasthenie in ihren verschiedenen Formen und Äusserungen, unter der Voraussetzung, dass die nötige sachverständige Aufsicht und Leitung nicht fehle. Vor allem in Fällen von sogenannten sekundären Schwächezuständen, Dementia und dergleichen, ist es nötig, den Patienten «im Gange zu halten», die *Arbeitslust ihm zu erhalten zu suchen,* um Rückschritten vorzubeugen.

Ein Einwand, welcher, und zwar nicht mit Unrecht, gegen die Familienverpflegung gemacht wird, besteht in der Schwierigkeit, dem Patienten geeignete Arbeit zu verschaffen. Für soweit sich meine Erfahrung ausdehnt, gilt dieser Einwand weniger bei der Verpflegung in eigener Wohnung als bei derjenigen in einer fremden Familie.

Arbeit ist auch aus dem Grunde von Wichtigkeit, weil beim Auftreten von Abweichungen in psychischem Zustande, z. B. bei Erhebungen, solches unmittelbar aus der Art und Weise des Arbeitens hervorgeht, z. B. bei *periodischen* und *cyclischen Fällen;* alsdann können rechtzeitig die nötigen Massregeln ergriffen werden. Beim Auftreten einer depressiven Phase z. B. kündigt sich dieselbe durch eine geringe Arbeitslust an, und bei einer exaltativen Periode durch ein weniger regelmässiges und ausdauerndes arbeiten.

Eine gewissenhafte Beobachtung der Art und Weise, wie der Patient seine Arbeit verrichtet, beispielsweise bei neu-

rasthenischen Zuständen, bringt oft an den Tag, dass ungünstige Umstände im Spiele sind, wie eine Obstruktion, eine Störung in der Menstruation, eine übermässige körperliche Anstrengung, eine Gemütsbewegung.

Bei dem an *Wahnsinn* leidenden Patienten ist es notwendig, die Eigentümlichkeiten des Patienten zu kennen, um ihm den Weg zu zeigen, sich an das gesellschaftliche Leben anzupassen.

Bei dem *Hysterikus* treten nicht selten schon im Alter der Entwickelung die ersten krankhaften Erscheinungen auf, doch werden vielfach verkannt. Besonders unter ungünstigen Umständen empfindet sowohl der Patient als auch die Familie die ernsten Nachteile derselben. Unter rechtzeitiger Belehrung und sachverständiger Leitung werden oftmals in eigener Familie die günstigsten Resultate erzielt. Angenommen dass es wahr wäre, dass in verschiedenen Fällen ein derartiger Patient und seine Umgebung gegenseitig ungünstig auf einander einwirken, so steht doch fest, dass in andern Fällen von einer solchen ungünstigen Einwirkung nichts wahrgenommen wird.

Für die hier gemeinten Patienten gehört vor allen Dingen eine feste Hand. Im gewöhnlichen Familienleben kommt eine grosse Anzahl von Individuen vor, die bei einer Untersuchung die deutlichsten Erscheinungen von Hysterie aufweisen, ohne dass dieselben jemals für Anstaltsverpflegung in Betracht kamen oder unter spezielle ärztliche Behandlung gestellt wurden. Sowohl diese Patienten als auch ihre Umgebung bedürfen dringend der Unterstützung und Leitung, weil sie nicht begriffen werden und sich selber nicht begreifen.

Besonders in den letzten Jahren hat es sich herausgestellt, dass der *Epilepticus* unter günstigen Umständen öfters in der eigenen Wohnung verpflegt werden kann, dass unerwünschte Zustände wie Furor, præ- und post-epileptische Verwirrung vorgebeugt werden können, wenn die vorgeschriebene Diät pünktlich innegehalten wird.

Für den Alkoholiker gilt ein gleiches; es muss aber die Forderung gestellt werden, dass er sich in einer Abstinenzlerumgebung befindet.

Auch Fälle von Dementia præcox und Dementia paralytica werden vielfältig in eigener Wohnung verpflegt. Diese Leidenden bedürfen gleichfalls dringend sachverständiger Aufsicht und Leitung.

Vollständigkeitshalber sei noch darauf hingewiesen, dass für die *psycho-* und *neuropathisch Minderwertigen* dieselben Prinzipien gelten. Unter günstigen Umständen wird eine grosse Anzahl dieser Individuen brauchbare Glieder der Gesellschaft, auch in der eigenen Familie; unter ungünstigen Bedingungen dagegen fallen sie der Gesellschaft zur Last.

Um vorstehenden Forderungen gerecht zu werden, bedarf es einer vorzüglichen *Organisation* dieses wichtigen Stückes der Irrenpflege.

Ebenso wie in den Irrenanstalten, so muss auch hier die Leitung in *einer* Hand liegen, um die Einheit der Wirkung zu fördern, um Zusammenhang zwischen die verschiedenen Unterteile zu bringen und zu erhalten. In den grössern Städten ist der Kreisphysikus der ärztlichen Aufsichtsbehörde dafür der rechte Mann.

Eine pflichtgemässe Angabe und Registratur sämtlicher Fälle von Irrsinn muss gesetzlich angeordnet werden. Die staatliche Aufsicht muss sich über alle Irrsinnigen erstrecken, auch über die in eigener Wohnung verpflegten.

Unter Oberleitung des Kreisphysikus werde einem Gemeinde-Psychiater die Behandlung der unterstützungsbedürftigen Irren übertragen. In seiner Aufgabe stehen ihm Gemeinde-Irrenpfleger zur Seite. In sehr grossen Städten würde dieser Dienstzweig in Bezirke oder Unterabteilungen eingeteilt werden müssen um sicher zu sein, dass die Interessen der Patienten gehörig berücksichtigt werden könnten.

Sowohl die Patienten als auch ihre Hausgenossen müssen in die Lage versetzt werden, sich zu allen Zeiten Rat und Belehrungen holen zu können. Der Sitzungssaal der städtischen ärztlichen Hilfeleistungsabteilungen, wo die laufenden Patienten behandelt werden, ist dafür der rechte Ort. An festgesetzten Zeiten können die Patienten dorthin kommen um zu baden, während gleichzeitig ihr Körpergewicht festgestellt und die erforderlichen Eintragungen in das dafür bestimmte Register vorgenommen werden können. Über alle Klagen und Beschwerden werde gewissenhaft Buch geführt und diesbezüglich die genaueste Untersuchung eingeleitet; unnötige Einmischung werde vermieden.

Der Sitzungssaal sei nicht nur Konsultations-, sondern auch Auskunftsbureau, ein Ort, von dem aus den Patienten, welche aus der Irrenanstalt entlassen worden sind, ein pas-

sender Arbeitskreis verschafft werden kann oder die Gelegenheit geboten wird, einen solchen zu finden. Ein Zusammenwirken mit den Verwaltungen der Irrenanstalten ergibt sich in dieser Hinsicht von selbst.

Die Irrenhilfsvereine finden hier einen höchstnützlichen Wirkungskreis. Schon während der Patient in der Irrenanstalt verpflegt wird, können diese Vereine seinen Weg dadurch ebnen, dass sie die Familie in die Lage versetzen ihn zu besuchen und dieselbe vor Zurückgang zu bewahren.

Eine Bedenklichkeit, die sich öfters ernstlich fühlbar macht, ist die Schwierigkeit, dem Kranken einen passenden Arbeitskreis zu verschaffen. Ein grosser Prozentsatz der Patienten gehört zu den psychisch Invaliden, die nur teilweise ihren Unterhalt verdienen können. Eine spezielle Arbeitsanstalt könnte dieser Schwierigkeit entgegenkommen. Zweckmässig wäre es, mit derselben eine Arbeitsbörse zu verbinden, nämlich für die aus der Irrenanstalt entlassenden arbeitsuchenden Patienten; solange sie ihr volles Prästationsvermögen nicht zurückerlangt haben, könnte ihnen in der Arbeitsanstalt Gelegenheit zum arbeiten geboten werden.

Das Zuerkennen einer festen Armenunterstützung muss, falls es nur einigermassen möglich ist, vermieden werden. Die Nachbehandlung darf nicht in Armenpflege ausarten. Das schliesst nicht aus, dass ein Zusammenwirken mit den Armenverwaltungen stattfinden soll.

Die Aufsicht auf die Familienpatienten muss sowohl einem Pfleger als auch einer Pflegerin übertragen werden; diese müssen sich gegenseitig ergänzen. Die Frau hat einen praktischen Blick auf die Dinge, die sich auf wirtschaftliche Angelegenheiten, allgemeine Versorgung, Ernährung, Lage, Kleidung, Wäsche und Reinigung beziehen, mehr Sinn für Sparsamkeit und Überlegung. Sie ist die stille Kraft, von welcher ein segensreicher Einfluss auf den Patienten und seine Umgebung ausgehen kann. In vielerlei Dingen kann aber auch die Hilfe des Pflegers nicht entbehrt werden, z. B. bei der Arbeit, bei der Aufsicht auf die Reinigung der männlichen Verpflegten u. dergl. m. Um Sicherheit zu haben, dass die Interessen der Patienten stets den Anforderungen gemäss berücksichtigt werden, ist es notwendig, dass der Irrenpfleger, vorzugsweise ein Ehepaar, die beide Pfleger sind, in der Nähe des Sitzungssaales wohnt.

Es empfiehlt sich von selbst mit dem Sitzungslokal eine Räumlichkeit zu verbinden, woselbst bei unvorgesehenem Auftreten einer Exazerbation oder einem akuten Anfalle von Irrsinn die Leidenden verpflegt werden können.

Für gehörige Trennung der Geschlechter muss jedoch gesorgt werden können und immer hinreichende Hilfe vorhanden sein. Hinsichtlich dieser Anforderungen ist das städtische Krankenhaus für die zeitweilige Verpflegung der Irren der rechte Ort.

In kleinern Städten genügen ein oder zwei separate Räume, einer für die Männer- und der andere für die Frauenseite, die mit einem gemeinschaftlichen Krankensaale in Kommunikation stehen und zwar auf solche Weise, dass vom Krankensaale aus die nötige Aufsicht ausgeübt und Hilfe geboten werden kann und ausserdem vermieden wird, dass der Patient beim Lärm schlagen, etc. auf seine Mitpatienten nicht störend einwirkt.

In Gegenden mit einer zerstreuten Bevölkerung kann eine Distrikts-Organisation ins Leben gerufen werden, die Behandlung einem Gemeindearzte, dem ein Distriktspfleger assistiert, anvertraut werden. Weil es nicht möglich ist, stets über spezialistische Hilfe verfügen zu können, so ist es dringend erwünscht, dass jeder Heilkundige mit den Hauptzügen der Psychiatrie und jeder Bezirkspfleger mit den allgemeinen Anfangsgründen der Irrenpflege vertraut sei.

In grösseren Städten kommt für die zeitweilige Verpflegung der Geisteskranken eine Durchgangsstation in Betracht, ein zeitweiliges Asyl oder psychiatrische Klinik, welche vorzugsweise eine besondere Abteilung des allgemeinen Krankenhauses bildet. Unter den Insassen des allgemeinen Krankenhauses kommen verschiedene Patienten vor, für welche eine zeitweilige Verpflegung in einer Sonder-Abteilung angemessen ist, z. B. Deliranten, Epileptici, Hysterici, Alkoholisten. Ein nicht unbedeutender Prozentsatz der akuten Irrsinnigen befindet sich in solchem entkräfteten Zustande, dass eine Überbringung nach der Irrenanstalt nicht in Betracht kommen kann. Hinsichtlich einer grossen Anzahl anderer Patienten ist die Übersiedelung nach einer Irrenanstalt nicht nötig, selbst unerwünscht, weil die Leidenden nach einigen Tagen oder Wochen wieder in die eigene Wohnung zurückkehren können. Im Wilhelmina-Krankenhaus zu Amsterdam, der städ-

tischen Durchgangsstation, mit etwa 180 Patienten, verstarben im Jahre 1907 von der Anzahl der Aufgenommenen 13%, als geheilt entlassen wurden 28%.

Von den örtlichen Umständen wird es abhängen, ob die Krankenanstalt auch für poliklinische Behandlung und als Sitzungslokal des Gemeinde-Psychiaters Dienst leisten kann.

Eine Regelung, wie ich sie vorstehend skizziert habe, kann überdies dienlich sein, Vorurteile aufzuheben und richtigere Ansichten und Begriffe zu verbreiten, um mit der Tat zu zeigen, dass der Irrsinnige nicht gefährlich, ansteckend und unheilbar ist, sondern dass er ein Kranker ist ebenso wie jeder andere Leidende und einer ähnlichen Behandlung wie dieser bedarf.

Auf dem angegebenen Wege wird eine frühzeitige sachverständige Behandlung und Verpflegung des psychisch von der Natur stiefmütterlich Behandelten gefördert und die Prophylaxis zu ihrem Rechte kommen können.

Über Epileptikeranstalten.

Von Direktor Dr. OTTO HEBOLD in Wuhlgarten bei Berlin.

Wenn ich dem Wunsche der Kongressleitung entspreche, die Frage der Epileptiker-Anstalten zu behandeln, so bin ich mir bewusst, dass ich für die grosse Mehrzahl nur bekannte Dinge mitteilen kann; aber vielleicht ist es doch nicht ohne Nutzen, selbst für einen selbst, nachdem eine Zeit von 16 Jahren vergangen ist, wo die grossen Anstalten der Stadt Berlin und der Provinz Sachsen in Betrieb sind, in eine Erörterung über die Berechtigung, Leistungen und die beste Ausgestaltung solcher Anstalten einzutreten. Ausserdem war mir noch der Gedanke als leitend angegeben, dass es Staaten gibt, wo man der Epileptikerfürsorge noch nicht in dem Masse, wie es nötig erscheint, oder überhaupt noch nicht in gesonderten Einrichtungen nähergetreten ist.

Für Preussen sind seit dem Gesetz vom 11. VII. 1891 die Landarmenverbände, die wiederum gewissen Ersatz von den Ortsarmenverbänden verlangen können, verpflichtet, soweit es die Armenpflege erfordert, für Bewahrung, Kur und Pflege der der Anstaltspflege bedürftigen Geisteskranken, Idioten, *Epileptischen,* Taubstummen und Blinden in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Indessen war schon vorher von verschiedenen Verwaltungen eine besondere Fürsorge der Epileptischen für notwendig befunden worden, und waren sie auch verschiedentlich der Gegenstand von Verhandlungen und Besprechungen in wissenschaftlichen Versammlungen und von sonstigen Veröffentlichungen.

Nehmen wir einzelne kleine Anstalten und die besonders bekannte umfängliche, durch Mildtätigkeit gegründete und unterhaltene Anstalt in Bielefeld aus, so hatte man seither die Epileptischen mit den Geisteskranken zusammen verpflegt und behandelt, sowie sie Zeichen geistiger Störung darboten. Wegen der anderen Epileptischen war man, wenn sie, wie es leicht geschah, vorübergehend oder dauernd hilfsbedürftig wurden, in grosser Verlegenheit. In die Irrenanstalten gehörten sie nicht, oder sie konnten dort, wenn in diesen eigene

Abteilungen waren, nur mit einem gewissen nicht ganz stichhaltigen Vorbehalt zurückgehalten werden, da jeder Aufgenommene der Anzeigepflicht an den Staatsanwalt unterlag. Die Aufnahme in die Irrenanstalt setzte nach den zur Zeit geltenden Bestimmungen (Kabinetsordre vom 5. April 1804) voraus, dass die Entmündigung ausgesprochen werden konnte. So konnte der Irrenarzt mit seiner Überzeugung ins Gedränge kommen. Denn wenn auch die Gehirntätigkeit bei den epileptischen Anfall aufs schwerste gestört ist, so ist doch in der Zwischenzeit bei vielen, auch hilfsbedürftigen Epileptischen für gewöhnlich keine oder wenigstens keine so schwere Störung vorhanden, dass die rechtliche Voraussetzung erfüllt ist. Aber andererseits passen sie doch auch wieder am besten in irrenärztliche Pflege, da selbst lange Zeit als ganz harmlos erkannte Kranke unerwartet von Erregungs- und Verwirrungszuständen heimgesucht werden und die allermeisten durch eine Eigenart des Charakters und des Gemütslebens sich auszeichnen.

Nun war man meist schon in der Irrenanstalt aus äusseren Zweckmässigkeitsgründen, nicht aus Gründen der einheitlichen Behandlung dazugekommen, die grösste Mehrzahl der Epileptiker auf besonderen Abteilungen, getrennt von den anderen Geisteskranken, zu halten.

Die nächste Veranlassung ergab sich daraus, dass die andern Kranken von dem Anblick der Krämpfe unangenehm berührt wurden. Weiter kamen bei der grossen Reizbarkeit der Epileptischen bei Belästigungen durch die andern Kranken recht unangenehme Auftritte vor. Viele Epileptische sind unzufriedene, eigenwillige Menschen, die die anderen aufreizen, zu Hetzereien und Zusammenrottungen neigen. Ihr Fortkommen im Leben ist meist von klein an erschwert, da sie wegen ihrer Anfälle kein Handwerk lernen, sodass sie, soweit die Männer in Betracht kommen, ein recht bewegtes und düsteres Leben hinter sich haben und mit dem Arbeitshaus und Gefängnis nicht selten und viele wiederholt in Berührung gekommen sind. Sie sind dadurch mit einem Makel behaftet, für den der Grund jedoch in ihrer Krankheit liegt, und haben auch Unsitten angenommen, die eine Frucht dieses Aufenthaltes sind.

Schliesslich empfinden die verhältnismässig klaren Krampfkranken, selbst auch solche, die der Arzt unbedingt für geistes-

krank erklären muss, den Aufenthalt unter den Irren unbequem, während in dem Zusammensein mit ihresgleichen die gleiche Lage bei den plötzlichen Zuständen um sie ein gemeinschaftliches Band gegenseitiger Hilfsbereitschaft schlingt.

Weiter konnte ihnen aber in grösserem Umfange freiere Bewegung gewährt werden, und es ist zu verstehen, dass bei der mehr gesonderten Behandlung dem einzelnen eher sein Recht wurde, wie in der Untermischung mit anderen Kranken.

Es erhellt also, dass eine grosse Reihe von Gründen für eine besondere Unterbringung der Epileptischen angeführt werden konnte. Dies wirkte zunächst auf eine abgesonderte Verpflegung und Unterbringung in der Irrenanstalt hin, ist aber gerade auch so ausschlaggebend für die Gründung besonderer Epileptikeranstalten. Das Allerwesentlichste ist indessen hierfür neben all den anderen Gründen das, dass *alle* Epileptischen *ohne Ausnahme* in *einer* Anstalt Aufnahme finden können. Was in der Berliner Stadtgemeinde dazu drängte, war die grosse Zahl der behandlungsbedürftigen Krampfkranken.

Die gleichen Gründe lagen all den Gründungen der neuen grossen Epileptikeranstalten zu Grunde. Indessen ist man nicht überall in gleicher Weise vorgegangen.

Im grossen und ganzen kann man drei verschiedene Arten von Epileptikeranstalten unterscheiden, deren Hauptvertreter in der Berliner städtischen Anstalt für Epileptische *Wuhlgarten*, in der sächsischen Provinzial Heil- und Pflegeanstalt *Uchtspringe* und in der amerikanischen *Craig colony* gegeben sind. Alle diese drei haben sich aus den jeweils gegebenen Bedürfnissen zu ihrer Sonderart entwickelt.

Das reinste Musterbild stellt *Wuhlgarten* vor, insofern hier *nur* Epileptische Aufnahme finden sollen und alle Epileptischen ohne Ausnahme aufgenommen werden können. Anfangs war die Bestimmung vorhanden, dass hochgradig gemeingefährliche geisteskranke Epileptiker den beiden Irrenanstalten Dalldorf und Herzberge überwiesen werden sollten. Es geschah dies auch, aber aus allerlei Gründen nur ganz ausnahmsweise, wenn auch schwere Belästigungen dadurch entstanden. Nachdem im Oktober 1902 zwei Überwachungshäuser für diese Kranken hinzugekommen sind, fiel auch diese nur scheinbare Beschränkung der Aufnahmebestimmung fort.

Ein Ausschnitt aus einer Epileptikeranstalt bietet sich

in der Craig colony dar, wo bestimmungsgemäss nur nicht geisteskranke Epileptiker Aufnahme finden. Derartige einschränkende Bestimmungen sind indessen nicht buchstäblich durchzuführen. So hat es in Wuhlgarten von jeher auch zahlreiche Geisteskranke gegeben, die nicht epileptisch waren, für solche indessen angesprochen wurden, da leicht Verwechslungen vorkommen und akute Psychosen naturgemäss auch bei Epileptischen vorkommen, ohne mit diesem Leiden in ursächlicher Verbindung oder auf gemeinsamem Boden zu stehen. Dass in der Craig colony immer wieder Geisteskranke mit unterlaufen müssen, liegt in der Natur der Krankheit, da jeder, auch der harmloseste Epileptische tagtäglich vor der Gefahr der Psychose steht und die grösste Mehrzahl überhaupt nicht als geistig ganz unversehrt anzusehen ist. Doch muss die Anstalt von den schweren Formen geistiger Störung verschont bleiben, die mangels geeigneter Vorkehrungen eine gewaltige Störung im Betriebe hervorrufen würden.

In Uchtspringe hat man den Epileptischen einen bestimmten Teil Geisteskranker zugemischt, und der Direktor der Anstalt Alt hat verschiedentlich für die dortige Ausführung sich in Wort und Schrift eingelegt.

Wenn ich nach den hiesigen Erfahrungen zu der Frage Stellung nehme, welche Art der Anstalten den Vorzug vor der anderen verdient, so kann ich von dem amerikanischen System wegen seiner allzugrossen Einseitigkeit absehen, da wir im Laufe der Jahre immer mehr zu der Auffassung geführt worden sind, dass schon die alleinige Behandlung aller Epileptischen ohne Unterschied in mancher Beziehung ihre Nachteile hat und zu Abänderungen drängt.

Ich wiederhole zunächst, dass bei der Einrichtung, wie sie von der Stadt Berlin in Wuhlgarten getroffen ist, eine reine Anstalt für Epileptische zu haben, diese Forderung nur auf dem Papiere steht. In Wirklichkeit werden den Epileptischen andere Kranke unbeabsichtigt beigemischt und aus ärztlichen und Bequemlichkeitsgründen auch behalten. Das kann um so leichter geschehen, als die Anstalt für Epileptische einer Irrenanstalt vollkommen gleich eingerichtet ist und sein muss, da mit der Epilepsie an und für sich die schwersten Irrseinszustände vergesellschaftet auftreten. Zudem wird aber auch von den Irrenanstalten alles, was jemals Krämpfe oder Anklänge von Epilepsie in der Vorgeschichte aufweist, hierher

überwiesen. Würde man *das* in den Vordergrund stellen, was eigentlich die Behandlung veranlasste, hier die Epilepsie, dort die Psychose, und nicht so hervorgesucht werden, dass einmal etwas Epileptisches oder Krampfartiges bei einem Kranken vorhanden gewesen ist, so würde eine ganze Reihe von Kranken für die Epileptikeranstalt ausscheiden. Dabei lasse ich natürlich dahingestellt bleiben, ob diese Kranken nicht zum grössten Teile hier am besten untergebracht sind.

So ist in Wuhlgarten (durch Oberarzt Dr. Bratz) festgestellt, dass in den ersten 12 Jahren ihres Bestehens nur die Hälfte der Kranken an alleiniger genuiner Epilepsie litt; bei 35% war der Alkoholismus chronicus das Wesentliche, wenn auch Krampf- oder Schwindelanfälle verzeichnet werden konnten. Rechnet man diese auch mit Recht noch zur eigentlichen Epilepsie, so bleiben immerhin 7%, die an Hysterie litten, 3% mit Imbezillität und Idiotie. Hinzu kamen Gehirntumoren und andere Gehirnkrankheiten, fortschreitende Paralyse und einige Fälle einer andern reinen Psychose.

Mit dieser Aufstellung des Krankenbestandes einer sogenannten reinen Epileptikeranstalt haben wir gleichzeitig die Begrenzung derjenigen Krankheiten gegeben, die in der Ausführung des Planes einer solchen Anstalt durch die Umstände selbst gezogen wird und als hier, wie wir bekennen müssen, sehr gut vereinigt untergebracht werden können.

Wir erkennen daraus, dass das Gebiet recht umfänglich ist. Es würde also nur ein kleiner Schritt weiter sein, wenn man bestimmungsgemäss den genannten Kranken noch bis zu einer gewissen Verhältniszahl Geisteskranke zumischt oder in der gleichen Anstalt in einer gewissen Trennung von diesen aufnimmt. Es wird damit das Verhältnis umgekehrt, wie es früher war, da die Epileptiker in den Irrenanstalten einen kleinen Teil ausmachten, während nunmehr Geisteskranke in geringer Zahl der Epileptikeranstalt zugeführt werden sollen. Letzteres findet aber in den gesetzlichen Bestimmungen keinen Widerstand, während ersteres Verfahren, wie erwähnt, den gesetzlichen Bestimmungen zuwider laufen könnte. Man wird daher nicht einwerfen können, man solle wie früher jeder Anstalt für Geisteskranke die Epileptiker wieder zuführen. Wenn man dagegen eine gewisse Zahl anderer Geisteskranker in der Epileptikeranstalt zulässt, so ist dagegen um so weniger einzuwenden, als die Epileptikeranstalt nach ihren

Einrichtungen, wie schon angeführt wurde, eine Irrenanstalt darstellt. Sie hat aber ihr besonderes Gepräge, das natürlich durch eine Zumischung einer bestimmten Zahl von anderen Geisteskranken nicht verwischt werden darf, wenn hinreichende Gründe für ein solches Verfahren vorhanden sind.

Welche Gründe werden dafür angeführt und wie stellen wir uns dazu?

Da ist zuerst zu bedenken, dass die ärztliche Tätigkeit an einer Epileptikeranstalt noch einseitiger ist, als an einer Irrenanstalt und dass eine längere Beschäftigung mit Geisteskranken eigentlich die Grundlage für eine richtige Erkenntnis der Geistesstörung der Epileptischen ist. Es wird daher für die Behandlung von grösstem Vorteil sein, wenn der Arzt in seiner Tätigkeit eine grössere Befriedigung und vielseitigere Vorbildung findet. Nun ist es ja nach der Grösse der Anstalt, nach der Herkunft der Kranken, ob sie aus ländlichen Bezirken oder aus der Großstadt stammen, je nach der Bewegung der Anstaltsbevölkerung recht verschieden, wie vielseitig sich die Tätigkeit des Arztes gestaltet. Wir haben ja schon gesehen, was für Krankheiten alle in Wuhlgarten unter der Bezeichnung der Krampfkrankheiten unterlaufen.

Aber selbst, wenn der Arzt schon lange Jahre sich mit Psychiatrie beschäftigt hat, ist es für ihn von grossem Wert, wenn er dauernd noch die Gelegenheit hat, sämtliche Arten von Geistesstörung zu behandeln und zu beobachten, seine Kenntnisse in der Psychiatrie frisch zu erhalten und mit den jederzeitigen Fragen der Irrenheilkunde in Fühlung zu bleiben.

Hat man in der Epileptikeranstalt also eine kleine Abteilung für Geisteskranke — die Grösse derselben kann nach Umständen zwischen $^1/_3$ bis $^1/_5$ der Anstaltsinsassen schwanken — so fällt auch der letzte Grund dafür fort, dass tüchtige Ärzte die Tätigkeit in der Irrenanstalt vorziehen.

Es fällt auch für die Behörden der innerlich kaum begründete Anhalt für eine verschiedene Behandlung der Ärzte der Epileptikeranstalten und der Irrenanstalten fort, ein Unterschied, der gelegentlich mehr oder weniger offen hervorgekehrt wird.

Der Nutzen für die grosse Masse der Kranken liegt also auf der Hand.

Wenn im Laufe der Jahre die Forderung nach einer kleinen Abteilung für Geisteskranke sich aus diesen Gründen

schon recht aufdringlich bemerkbar gemacht hat, so darf ein weiterer Punkt, den ALT auch schon anführt, ebenfalls nicht übersehen werden. Es ist die Tatsache, dass die Ausbildung der Pfleger und Pflegerinnen eine bessere und vollkommenere wird, wenn sie den Umgang mit den verschiedensten Geisteskranken erlernen. Das Wesentliche ist, dass sie an diesen die Unterschiede in den Äusserungen und in der Erscheinungsweise der geistigen Störungen gleichsam unbewusst in sich aufnehmen und dann auch aus dieser Erkenntnis heraus es vermeiden, den Epileptiker als besonders gearteten Menschen mit Gesunden auf eine Stufe stellen, dass sie den Belehrungen des Arztes zu folgen besser ausgebildet sind, wenn er ihnen die Eigenart der Epileptischkranken als etwas krankhaftes darstellt.

So drängt unsere Erfahrung ebenfalls dahin, dass wir die Angliederung einer Abteilung für Geisteskranke als eine recht wünschenswerte Forderung aussprechen müssen.

Man hat nun ferner für Berlin den Plan gefasst, eine Nervenheilstätte in loser Verbindung mit der Anstalt für Epileptische einzurichten. Anlass zu diesem Vorschlage gab bei der Erörterung der Notwendigkeit, eine solche Stätte für Berlin zu schaffen, der Umstand, dass hier das Kinderhaus, da die bildungsfähigen Kinder ebensogut in der Idiotenanstalt, deren Neugründung unter ärztlicher Leitung Berlin plant, unterrichtet und behandelt werden können, für den geforderten Zweck wie geschaffen ist.

Für die Anstalt für Epileptische mag eine solche Verbindung, die immerhin eine lose sein wird, weniger wesentlich erscheinen; für die Nervenheilanstalt kann dieses Zusammenlegen aber nur von Vorteil sein, da zwischen den Zuständen der Kranken der einen und der anderen Anstalt gleitende Übergänge bestehen, und im Gegensatz dazu die Nervenheilstätten recht scharfe Bestimmungen haben, die schon bei geringem Verdacht Geistes- und Krampfkranke von der Aufnahme ausschliessen. Was die Behandlung angeht, so kommen gleiche Grundsätze zur Anwendung, und für die Beurteilung ist eine Beschäftigung mit anderen Kranken von grossem Vorteil.

Was bei dem Neubau einer Anstalt für Epileptische zu berücksichtigen ist, ergibt sich aus dem, was ich bisher angeführt habe. Wenn ich nun auf die einzelnen Erfordernisse

eingehe, so übergehe ich natürlich die letztgenannte Einrichtung einer Unterbringung von Nervenkranken, die, wo sich das Bedürfnis herausstellt, einfach in freier Verbindung damit geschaffen werden kann.

Wir müssen zunächst davon ausgehen und ich wiederhole, dass die Anstalt für Krampfkranke, auch ohne dass für die Unterkunft einer Anzahl anderer Geisteskranker gesorgt wird, schon die Erfordernisse einer Irrenanstalt erheischt. Indessen ergibt sich der Unterschied, dass die grosse Masse von Kranken in freieren Verhältnissen untergebracht werden kann, und kommt bei ihnen als Behandlungserfordernis im grossen Umfange die Beschäftigung im Freien zur Ausübung.

Da der Epileptiker schon frühzeitig Zeichen seiner Krankheit bietet, wird er durch die Krankheit gehindert, einen Handwerksberuf zu erlernen; es finden sich selten Meister, die die Verantwortung für Unfälle übernehmen oder die sonstigen Misshelligkeiten, die mit den Anfällen verbunden sind, allein schon das Ansehen derselben ertragen mögen. So lernen die wenigsten Kranken einen ordentlichen Beruf oder lernen darin aus. Andere derartige Kranke neigen schon an und für sich zu einem unsteten und herumtreiberischen Leben, sind wankelmütig in ihrer Lebensauffassung und kommen so zu keiner rechten Lebensstellung.

Deshalb hört man von ihnen meist, dass die Männer Arbeiten übernehmen, wie sie sich ihnen bieten, oder sie geben sich gern einer Tätigkeit hin, die ein lockeres, ungebundenes Leben im Freien gewährt. Sie sind daher, auch wenn sie der Großstadt entstammen, besonders für grobe Arbeiten, für Arbeiten im Freien, der Landwirtschaft und im Garten vorbereitet. Aber selbst die Frauen, die zum grössten Teil eine hauswirtschaftliche Befähigung mitbringen, haben sich in der Anstalt leicht zu landwirtschaftlichen Arbeiten verstanden und drängen sich, nachdem einmal diese Arbeit eingeführt wurde, im Frühjahr dazu. Man muss gewiss aus Rücksichten der Gesundheitspflege die Arbeiten im Freien an die Spitze stellen, aber andererseits für die Frauen die Beschäftigung in allen weiblichen Arbeiten geeignet halten, zumal da mit Rücksicht darauf, dass die Leute immerhin Kranke sind, die Arbeitszeit ziemlich beschränkt angesetzt wird, um ihnen viele Gelegenheit zu geben, sich in Musse im Freien zu ergehen.

Man wird an und für sich vornehmlich ins Auge fassen müssen, dass die Kranken sich viel im Freien aufhalten können.

Wenn man früher immer davon sprach, dass gerade Gärtnerarbeiten für Epileptiker passten, so ist das im allgemeinen nach der neuzeitigen Betriebsart der Gärtnereien mit ihren maschinellen Anlagen wenig zutreffend, und es werden immer nur wenige geeignet sein, der Hitze der Gewächshäuser und den Gefahren der Arbeiten an Glasfenstern und Heizanlagen sich zu unterziehen. Aber die Gärtnerarbeiten, wie sie Park- und Gartenanlagen der Anstalt bieten, sind für alle eine gesunde Beschäftigung und liegen im Heilplan.

Es ergibt sich aus diesen Gesichtspunkten, dass die Anstalt mehr wie die Irrenanstalten ein landwirtschaftliches Gepräge erhalten muss, und dass neben der Landwirtschaft auch in Parkanlagen für das Ergehen im Freien hinreichend gesorgt wird.

Ich halte den Umfang einer Anstalt, wie sie WUHLGARTEN mit seinen 1200 Kranken darstellt, mit 400 Morgen nicht zu gross gegriffen, ja glaube, er könnte unbeschadet etwas reichlicher bemessen werden.

Über die Gebäude für die Verwaltung, die Hauswirtschaft und für den maschinellen Betrieb brauche ich wohl nichts zu sagen. Hier kommen dieselben Gesichtspunkte in Betracht wie bei den reinen Irrenanstalten.

Der Landwirtschaft wegen muss ein grösserer Hof mit Stallungen für Kühe, Pferde, Schweine, mit Scheunen und Schuppen für Wagen und Geräte und müssen Arbeiterwohnungen hergestellt werden. Für den hiesigen Betrieb genügen zur Milchversorgung 60 Kühe, zur Ausnützung der Speiseabfälle 180 Schweine, zur Ackerwirtschaft 6 Ochsen und 5 Pferde, von denen letzteren auch noch Fahrten nach ausserhalb besorgt werden.

Was die eigentlichen Krankenhäuser angeht, so beschränke ich mich bei der Kürze der mir zu Gebote stehenden Zeit auf folgende Angaben :

Ich lege, weil mir das nach den hiesigen Verhältnissen am nächsten liegt, die Zahl von 1200 Kranken zu Grunde, obschon mir eine Anstalt für 600—800 eigentlich als die Normalanstalt erscheinen will. Andere Verhältnisse lassen sich danach berechnen. Je nach Umständen muss nach der Art

der Bevölkerung eine Verschiebung in den Anforderungen für das eine oder das andere Haus eintreten.

Für die *Geisteskranken,* für die ein drittel der Anstalt hergegeben werden soll, in der also im Ganzen für 400 Kranke — 200 Männer und 200 Frauen — gesorgt werden soll, sind einfach die Erfordernisse einer kleinen Irrenanstalt zu beherzigen. Sie sind möglichst von den Epileptischen getrennt unterzubringen. Es sind ein Aufnahmehaus, ein Haus für erregte und besonders gemeingefährliche Kranke, jedes etwa zu 75 bis 80 Plätzen, ferner ein oder zwei Landhäuser, die sich im übrigen den Landhäusern der Epileptiker ohne Besorgnis angliedern lassen, in Aussicht zu nehmen.

Die *Abteilung der Epileptiker* muss:

1. für die Kinder, wenn diese nicht, soweit sie bildungsfähig sind, je nach den örtlichen Umständen anderswo besser oder wenigstens ebenso gut untergebracht werden, gesorgt werden.

2. Für die Erwachsenen, im Ganzen 720 Plätze, die sich am besten wohl so verteilen lassen, dass 400 auf die Männer, 320 auf die Frauen gerechnet werden. Je nach der Bevölkerung, ob sie aus einer Großstadt oder mehr vom Lande stammen, werden die Verhältniszahlen für die einzelnen Gruppen der Kranken sich etwas verschieben. Lege ich die hierorts durch eine Reihe von Jahren erkannten Werte zu Grunde, so würde man bauen müssen:

A) für Männer:

1. ein Aufnahmehaus für etwa 140 Männer;
2. ein Überwachungshaus für 80 Männer;
3. die übrigen Männer erhalten Wohnungen zu 20 bis 30, vielleicht auch 40 in sogenannten Landhäusern;
4. ein Infektionskrankenhaus mit 12 Plätzen.

B) für Frauen:

1. ein Aufnahmehaus für 120 Frauen;
2. ein Haus für erregte Kranke mit 80 Plätzen;
3. verschiedene Landhäuser zu 20 bis 25 Plätzen,
4. ein Infektionskrankenhaus, je nach dem mit einer Abteilung für Kinder, mit im ganzen 16 Plätzen.

Einen eigenen Charakter gibt der Anstalt — darauf sei ganz besonders hingewiesen — die verhältnismässig grosse Zahl der Landhäuser. Wie das Leben dort ein ganz anderes ist, als im übrigen Teil der Anstalt, so folgt daraus auch für die Behandlung von Entlassungswünschen und zu anderen Wünschen eine ganz andere Stellungnahme.

Für die grossen Häuser ziehe ich den Bau mit langen Gängen, in denen sich die Kranken bei schlechtem Wetter ergehen können, vor. Man wird in jedem vier bis fünf getrennte Abteilungen herstellen, mit je zwei Tagesräumen, von denen einer zum Eßsaal bestimmt wird. Bei den Frauen lässt sich der eine oder der andere dieser Säle gut zu einem Handarbeitszimmer bereit halten. Zu jedem der grossen Häuser, deren Einrichtung und Ausstattung denen der Irrenanstalt entspricht, sind zwei Gärten vorzusehen, die mit Drahtzaun umgeben werden.

Die Landhäuser sind den gewohnten Wohnungsverhältnissen anzupassen. Doch muss man die Schlafzimmerfenster mit Verschlüssen versehen, die nicht von jedermann geöffnet werden können. Bei jedem Landhaus legt man einen Garten an.

Man wird nicht alle in der Bewirtschaftung gleichstellen. Nicht jeder Kranke kann die volle Bewegungsfreiheit geniessen, und hülflose Kranke können gerade auch in den Landhäusern mit ihren Veranden und leicht zu erreichenden Gärten gewartet und untergebracht werden. Diese Kranken müssen aber besonderer Aufsicht unterstellt werden und werden in der nächsten Umgebung des Hauses gehalten.

So hat man in derselben Anstalt die verschiedensten Verhältnisse in der Unterbringung der Kranken von der grösstmöglichen Beschränkung, wo sie leider nötig ist, bis zur vollen Bewegungsfreiheit in den Grenzen des Anstaltsgebietes.

Ich schliesse hiermit, da es hier nicht meine Aufgabe ist, ein eingehendes Bauprogramm aufzustellen und es nur darauf ankommen kann, in grossen Zügen die wesentlichsten Gesichtspunkte, die bei der Errichtung einer Anstalt für Epileptische *in jedem Falle* beachtet werden müssen, hervorzuheben.

Hysterie und moderne Psychoanalyse.*

Von Hofrat Dr. A. FRIEDLÄNDER, leit. Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a/Main.

VORBEMERKUNGEN.

Die Psychologie der Neurosen und Methodik der psychoanalytischen Behandlung, wie sie FREUD auf Grund seiner theoretischen Studien empfiehlt, hat eine tiefgehende Bewegung ausgelöst, die alle Grade aufweist: Begeisterte Zustimmung, die in seinem Auftreten eine grosse Tat verherrlicht, energische Ablehnung, die seine Lehren als unrichtig oder gefährlich oder als Beides bezeichnet. In beiden Lagern wird mit grosser Heftigkeit gestritten. Und insoferne denjenigen, die sich gegen FREUD aussprachen, bestenfalls die Fähigkeit aberkannt wurde, die FREUDschen Lehren zu verstehen, kann FREUD und seinen Anhängern der Vorwurf nicht erspart werden, dass sie es nicht vermieden haben, an Stelle der Belehrung und ruhigen Beweisführung Temperament und Dogma zu setzen.

Ich weiss, dass der gleiche Vorwurf den Gegnern FREUDS gemacht wurde, noch zuletzt dem Referenten von dem Autor STROHMAYER. (Über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst- und Zwangszuständen. Journal für Psychologie und Neurologie, Band XII 1908).

Demgegenüber muss aber daran erinnert werden, dass der Vater der Lehre es war, der schrieb: «Die Veröffentlichung meiner Krankengeschichten bleibt für mich eine schwer zu lösende Aufgabe, wenn ich mich um jene *einsichtslosen Übelwollenden weiter nicht bekümmere.*» Ferner: «. . . und erkläre es als Anzeichen einer perversen und fremdartigen Lüsternheit, wenn jemand vermuten sollte, solche Gespräche (d. h. die psychoanalytischen Untersuchungen) seien ein gutes Mittel zur Aufreizung oder zur Befriedigung sexueller Gelüste.»

* Das Referat wurde im Februar 1909 abgeschlossen.

(Freud, Bruchstück einer Hysterie Analyse Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1905 Bd XVIII H. 4.)

Solche starke Worte des Angriffs erzeugen starke Abwehr. Dadurch, dass gerade Freuds therapeutischen Bestrebungen, — die einer seiner wärmsten Fürsprecher, der mit grosser Erfahrung ebensolche Kritik und ruhigere Prüfungsfähigkeiten vereinigt, seine schwächste Seite nennt — Bleuler. (Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie der Psychosen, Psych.-neurol. Wochenschrift 1906 Nr. 341), zu einer aussergewöhnlichen Aktion gemacht wurden, forderten sie die Reaktion heraus.

Ich bin bereit einige Beispiele zu bringen, die uns zugleich in die Mitte des Themas versetzen. So sagt Jung: «Noch selten ist eine grosse Wahrheit ohne phantastisches Beiwerk ans Tageslicht getreten; man denke an Kepler und Newton.» Bleuler vergleicht die Angriffe auf Freud mit denen auf den Frauenarzt Semmelweis, die eine «Verlängerung des Massenmordes von Müttern um Jahrzehnte» zur Folge hatten. Diese Autoren richten sich mit ihren Ansichten an die medizinische Welt. Andere «flüchten» aber in die Öffentlichkeit, der sie die erst zu beweisende Lehre Freuds als feststehende Teorie vorlegen. In dieser Beziehung hat wohl Gross das Höchste geleistet. Indem er als zwingendes Motiv sich an die Öffentlichkeit zu wenden, die Erkenntnis angibt, «dass die Entstehung und Bedeutung gerade solcher Fälle nur mit einer einzigen Untersuchungstechnik, mit der von Professor Sigmund Freud neueingeführten analytischen Methode verstanden und kontrolliert werden könnte, und dass diese den meisten Fachkollegen noch nicht zu Gebote stehe», lässt er alle, die ohne diese Methode behandeln, zumindest als Ignoranten erscheinen. Ich halte es für meine Pflicht, so wie Pelman (psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1908) und Hoche es taten, auch in diesem internationalen Kreise Protest einzulegen gegen die Grosssche «Methode.»

Aschaffenburg hat schon früher (nach einem auf dem internationalen Kongress für Psychiatrie in Amsterdam 4. September 1907 erstatteten Referat und in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1907 No. 44, Seite 3) u. a. auf die «unrichtige und unangebrachte Art hingewiesen, mit der z. B. Sadger an die Seite Freuds trat. (Die Bedeutung der psychoanalytischen Methode nach Freud, Zentralblatt für Nerven-

heilkunde 1907). Er (Sadger) meint: «Die Prüderie der Ärzte der Besprechung sexueller Dinge der Hysterischen gegenüber habe weniger einen prinzipiellen als einen psychologischen Untergrund . . . Ehe sie (die Kollegen) sich selbst als hysterisch bezeichnen, wollen sie schon lieber Neurastheniker sein. Aber wenn sie selbst auch einwandfrei sind, so haben sie mindestens Gattin, Mutter oder Schwester, die sie als hysterisch zugeben müssen. Das aber bei den allernächsten Angehörigen einräumen zu müssen, oder gar bei sich selbst, geht den meisten allzusehr gegen den Strich. Lieber soll die ganze Theorie nichts taugen. Und darum verdammen sie a priori die ganze Methode.» Aschaffenburg fügt mit Recht bei: «Ich möchte doch befürworten in wissenschaftlichen Streitfragen solche Argumente beiseite zu lassen.» Derselbe Autor hat bei einem Kranken 6 Monate hindurch eine Psychoanalyse vorgenommen, als deren Ergebnis er feststellte: «Die erste Geliebte des Patienten war wie in all solchen Fällen (!) die eigene Mutter. Mit zwei Jahren machte er einer alten Kinderfrau einen Heiratsantrag, dann schenkte er sein Herz einem Dienstmädchen, vom ersten Jahre ab liebte er glühend zwei Vettern, diese wurden für seine späteren masochistischen und homosexuellen Neigungen entscheidend, in das 4. Jahr fällt eine Neigung zu einem gleichaltrigen Buben, dann zu dem Vater und dann zu der Schwester usw.» An einer Stelle seiner Arbeit sagt Sadger «dass jedweder Mensch in sexuellen Dingen unbewusst, oder mit Bewusstsein lügt,» an einer anderen, «die volle und erschöpfende Zusammenstellung (des sexuellen Lebensganges) gelang nicht eher, als nach etwa halbjährigem, gemeinsamen Forschen» (! Ref.) Was also durch diese halbjährige Psychoanalyse in *gemeinsamen* Forschungen entdeckt wurde, das muss alles als Wahrheit angenommen werden. Die Psychoanalyse heilt also nicht bloss, sondern sie erzieht auch zur Wahrhaftigkeit selbst in sexuellen Dingen. Freilich über die wichtigste Frage ob dieser Patient nach dieser 6 monatlichen Analyse geheilt war und blieb, erfahren wir von Sadger in dieser Arbeit nichts. Dagegen fehlt es nicht an Behauptungen, denen zum Lehrsatz nichts fehlt -- als der Beweis «Jeder Mensch ist und zwar von Haus aus, bisexuell.»

«Dem Jüngling ist das Weib stets eine Göttin oder ein Dirne.» «Wie wir aus Psychoanalysen wissen, haben all

Knaben die Phantasie, sich an die Stelle des Vaters zu setzen und ihrer Mutter ein Kind zu zeugen.» (SADGER) Einzelne, und so bestrittene, von anderen Beobachtern aufs entschiedenste geleugnete oder als unrichtig gedeutete Ergebnisse als ein *Wissen* hinzustellen, welches wir aus Psychoanalysen geschöpft haben — das geht doch etwas zu weit, das ist *Orthodoxie, die frei von jeder Ängstlichkeit ist.*

Leider aber ist es nicht bei den wissenschaftlichen Streitfragen in der medizinischen Presse geblieben. Es ist so weit gekommen, (wie oben erwähnt), dass die breiteste Öffentlichkeit mit diesen Theorien befasst wurde, dass erst zu beweisende Behauptungen als feststehende Tatsachen behandelt zum Ausgangspunkt weiterer Beweisführungen gemacht und diejenigen, die anderer Ansicht zu sein wagen, der Unwissenheit geziehen werden. (Siehe oben GROSS). Muss der Laie nicht zu dem Schluss kommen, dass wir bisher, vor den FREUDschen Entdeckungen, auf gänzlich falschem Wege waren, dass wir keinen an Hysterie, Zwangsvorstellungen usw. leidenden Menschen heilen konnten, dass all die Autoren, die in ihren Werken über Hysterie Lebensarbeit zu liefern glaubten, nur Stümper waren und sind? Dass vor FREUD und dessen jüngsten Jüngern keine Psychotherapie geübt wurde? HELLPACH sagt in einer Besprechung der SADGERschen Pathographie von CONRAD FERDINAND MEYER: «an theoretischen Einflechtungen bekommt man die bekannten Hypothesen FREUDS über die erotische Wurzel alles Psychopatischen serviert. Bis zum Überdruss und mit einer Siegesgewissheit, die nicht ernstlich genug zurückgewiesen werden kann.» (Im «Tag» 7. August 1908.)

Und selbst ein so kritischer Autor, wie der Staatsanwalt WULFFEN, dessen Interesse für unsere Wissenschaft wir manche wertvolle Arbeit und Anregung verdanken, nimmt die epidemisch um sich greifende Verallgemeinerung der sexuellen Ätiologie in der Neurosenlehre als Dogma an und stellt die lapidaren Sätze auf: «Wissenschaftlich ist die Hysterie des Weibes krankhaft verdrängte Sexualität.» «Alle ethischen Mächte im Innern des Menschen, sein Schamgefühl, seine Sittlichkeit, seine Gottesverehrung, seine Ästhetik und seine sozialen Gefühle entstehen als normal verdrängte Geschlechtlichkeit.» (Das Weib als Sexualverbrecherin. Berliner Tageblatt.)

Für WULFFEN sind alle diese ungemein komplizierten Fra-

gen, die bestenfalls eben in Fluss geraten sind, die dank den psychologischen Arbeiten FREUDS, und dann besonders der Schweizer Schule zur Diskussion gestellt wurden, bereits gelöste Selbstverständlichkeiten, keine Fragen mehr, sondern Axiome.

Wer denkt nicht an WEININGER, wenn er bei WULFFEN liest: «Das Weib ist die geborene Sexualverbrecherin; eine starke Sexualität führt sie bei anormaler Verdrängung leicht zu Krankheit, zu Hysterie, bei mangelhafter Verdrängung zu Kriminalität, manchmal zu beiden zugleich.» Armes Geschlecht! Arme Frauen und Mütter!

Entweder psychologisch schwachsinnig, amoralisch (WEININGER) hysterisch oder verbrecherisch. Hier ist nicht die Stelle, auf die Gefahren hinzuweisen, die bei solcher Bewertung der Frau, in der manche immer noch die Stütze der Familie, somit des Lebens sehen, heraufbeschworen werden; Welche Folgen für das Rechtsgefühl entstehen und die Rechtsprechung, wenn an die Stelle der glücklicherweise zum Teil überwundenen Lehre der Moral insanity, und der vom geborenen Verbrecher, jetzt die der Sexualverbrecher aufs Neue auftaucht. WULFFEN arbeitet konsequent weiter im Sinne FREUDS in seinem Buche über Hauptmann, dessen Dichtungen «sexuell analysiert» werden; neben vielen hochinteressanten Ausführungen finden wir Behauptungen, die am besten beweisen, wohin es führt, wenn die schöne Literatur in den Kreis unbewiesener wissenschaftlicher Thesen gezogen wird. (Siehe «Kollege Krampton» im dünnen Kleide FREUD—WULFFENscher Pathographie.) Ich wollte nur an einigen Beispielen dartun, was die Popularisierung wissenschaftlicher Anschauungen bewirkt, die erst im Schosse der berufenen Vertreter, in den hiefür bestimmten Zeitschriften usw. besprochen, geläutert, geprüft werden sollten, bevor sie als Tatsachen der Welt verkündet und angepriesen werden. Den Schaden haben die Kranken, hat die Wissenschaft, haben die Vertreter der neuen Lehre. Und letzteres ist ganz besonders zu bedauern; denn Autoren wie FREUD, BLEULER, JUNG verdienen gehört zu werden. Die gerechte Würdigung wird aber erschwert durch Entgleisungen, wie ich deren einige oben anführte, die dann so scharfe Abwehr hervorrufen, wie sie zuletzt FOERSTER mit Recht notwendig hielt. Der Naturwissenschaftler mag nicht in allem FOERSTER beipflichten. Was er im Besonderen über die

Konsequenzen sagt, zu denen die Freudschen Anschauungen führen müssen (Siehe Freuds Aufsatz «Sexualprobleme» im «März» 1908, und Prof. von Ehrenfels Entgegnung), gehört wohl zum Besten, das bisher gegen Freud angeführt wurde. (Foerster, Neurose und Sexualethik, «Hochland» Dez. 1908). Foerster warnt davor, auf Gebieten von «wissenschaftlicher Ansicht» zu sprechen, «wo es eine exakt wissenschaftliche Feststellung des Tatsächlichen überhaupt nicht geben kann.» Ihm erscheinen — mit Recht — die Aussagen des Menschen über seine Sexualität als durchaus unzuverlässig. Er weist auf «die suggestive Wirkung des Fragestellers» hin, wie dies von vielen Seiten geschah, ohne dass bisher derartigen Anschauungen von der Freudschen Schule nur mit einem Beweis begegnet worden wäre. Foerster wundert sich darüber, dass Freud seine so schlecht fundierten Behauptungen der Öffentlichkeit darbietet, er vergleicht die Psychoanalyse sexualis mit den Erzählungen über angebliche Vorkommnisse in der Beichte, und sagt, dass jene etwa vorgekommenen Ungeschicklichkeiten bei ihr zur «prinzipiellen Methode» gemacht werden. Er nennt — leider wiederum mit Recht — «das Beobachtungsmaterial unzulänglich, die Schlüsse verwegen», und er lässt durch seine Ausführungen, die er selbst als harte empfindet, deutlich erkennen, dass die in die Öffentlichkeit gebrachten Hypothesen nur dazu führten, die medizinische Wissenschaft als solche zu diskreditieren und in dem begreiflichen Widerspruch auch das untergehen zu lassen, was an der Freudschen Lehre gut ist.

THEMA.

Mein Referat beschränkt sich auf das Thema «Hysterie und moderne Psychoanalyse». Ich kann daher auf die Theorien von dem Wesen der Hysterie, besonders ihrer Ätiologie, nicht näher eingehen. Insoferne aber die Freudsche Methodik in ursächlichem Zusammenhang mit seinen theoretischen Anschauungen steht, muss ich die letzteren kurz skizzieren. Ausführlich habe ich dies in einem Referat aus dem Jahre 1907 getan, auf welches ich verweise. (Freuds neuere Abhandlungen zur Neurosenfrage, Journal für Psychologie und Neurologie. Bd. X. 1907.)

1895 traten Breuer und Freud mit ihren «Studien über Hysterie» hervor. Das eben in II. unveränderter Auflage er-

schienene Werk gehört sicher zu einer der besten Arbeiten über die Hysterie, und wohl zu der besten Freuds. Bleuler kritisiert dieses Buch (und implizite die später erschienenen Aufsätze) des Autors sehr richtig indem er sagt: «Es scheint mir, so weit wie das Buch geht, sollte eigentlich jeder Arzt in das Verständnis dieser Fragen eindringen, ganz gleichgültig, ob er nachher das Gelernte praktisch anwenden will oder nicht. Es gehört zur allgemeinen ärztlichen Bildung». (Kritik von Bleuler in der Münch. med. Wochenschrift 1909 No. 3.) In diesen Studien wurde die kathartische oder analytische Methode behandelt: sie stellte sich als ein (*hypothetisches*) Ergebnis der psychologischen Erkenntnis von der Entstehung, dem Wesen und der Heilung, beziehungsweise Behandlung, der Hysterie dar. Das was die beiden Autoren in ihrem Buche als psychisches Trauma bezeichneten, entwickelt sich in den späteren Arbeiten Freuds zum alles beherrschenden sexuellen Faktor: Die Ätiologie der Hysterie ist eine sexuelle. Alle Angst- und Zwangsneurosen, Phobien, vielleicht sogar die Paranoia haben die Sexualität zur Grundlage. «Die Neurastheniker infolge von Masturbation verfallen in Angstneurose, sobald sie von ihrer Art der sexuellen Befriedigung ablassen». Seine Erfahrungen gipfeln in der Erkenntnis: «Keine Neurose ohne gestörtes Geschlechtsleben.» Er ging aber noch weiter. Was wir zum Teil bisher als kindische Unarten ansahen, ist nur eine Äusserung der infantilen Sexualität. Das neugeborene Kind bringt Keime sexueller Regungen mit; das Wonnesaugen an der Mutterbrust führt zum Einschlafen oder zu einer Art von Orgasmus, der Anus ist eine erogene Zone wie der Mund, darum hält der Säugling den Stuhl möglichst lange an. Er tut dies nicht, weil er, wie wir bisher annahmen, schlecht gewartet wurde oder verstopft ist, sondern damit ihm «der Lustnebengewinn bei der Defäcation nicht entgeht».

Moll (Das Sexualleben des Kindes, 1909) wendet sich in seiner beachtenswerten Monographie gegen die Freudsche Lehre im allgemeinen mit den Worten: «Ich glaube aber, dass Freuds Annahme als richtig nicht erwiesen ist, und dass er Fremd- und Autosuggestionen nicht hinreichend ausgeschaltet hat» und gegen seine Auffassung der kindlichen Sexualität im Besonderen, indem er sagt: «Freud sieht im Leben des Kindes Sexuelles, wo garnicht die Rede davon sein kann».

In den Kreis solcher Betrachtungen zog dann Freud auch

die Normalpsychologie in seinen Arbeiten *über Witz* («Die Zote ist an eine bestimmte Person gerichtet, von der man sexuell erregt wird, und die durch das Anhören der Zote von der Erregung des Redenden Kenntnis bekommen, und dadurch selbst sexuell erregt werden soll. Die Zote ist also ursprünglich an das Weib gerichtet und einem Verführungsversuch gleichzusetzen».) — (Wenn also in Herrengesellschaft «Zoten gerissen» werden, so ist dies ein Beweis dafür, dass dieselbe aus Homosexuellen besteht? Referent.) — *Über Traum* (wenn eine Frau von Fallen träumt, so deutet dies auf einen sexuellen Inhalt; Überzieher oder Winterrock bedeuten Schutzpräparate gegen Ansteckung.) *Über Vergessen, Versprechen* usw. Die letzten Konsequenzen scheint mir Freud zu ziehen in seinem Aufsatz «*Charakter und Analerotik*». (Psychiatr. neurolog. Wochenschr. 1908 No. 52.) Personen, die ordentlich, sparsam und eigensinnig sind, könnten als ehemalige Analerotiker, ihre Eigenschaft des Eigensinns, der Ordnungsliebe, der Sparsamkeit als Ergebnis der Sublimierung aufgefasst werden. Freud gibt selbst zu, dass ihm die «innere Notwendigkeit dieses Zusammenhanges natürlich selbst nicht durchsichtig ist». Er sucht deshalb nach Stützen für diese seine neueste Hypothese. Zu welch absonderlichen Erklärungsversuchen er hierbei kommt, das geht aus seiner Anführung der bekannten Aufforderung Götz von Berlichingen hervor *Er bringt Eigensinn, Trotz und Defäcation, beziehungsweise die Anusgegend in psychologische Verbindung.* Der Geiz kann sicherlich oft als ein krankhaftes Symptom erscheinen, worauf Oppenheim hinweist, indem er sagt: «Auch durch krankhaften Geiz kann sich die hysterische (bez. psychopatische) Anlage früh verraten». Und wenn er hinzufügt «es ist auffallend wie wenig Beachtung dieses Phänomen und seine Beziehung zu psychopatischen Zuständen bisher gefunden hat,» so dürfte dieser Autor wohl erstaunt sein, welche Deutung Freud für dieses Phänomen gefunden zu haben glaubt. Es ist bekannt, dass Freud Schule gemacht hat. Melancholie, Dementia präcox, manisch-depressives Irresein wurden in den Kreis derselben Betrachtungsweise gezogen (Bleuler, Jung, Abraham, Gross) desgleichen Asthma bronchiale (Stegmann) und die psychische Impotenz (Ferenczi, Psych. neurol. Wochenschrift 1908, No. 35). Legenden und Märchen (Maeder Psych. neur. Wochenschrift 1908 No. 7.; Riklin ebenda 1907), die

Verwandtenehen (Eheschliessung mit einer Verwandten deutet auf Inzestneigungen aus der Kindheit hin, ABRAHAM in der Novembersitzung der neurol. psychiatr. Gesellschaft Berlin 1908), der Alkoholismus (ABRAHAM). Wir haben aber wohl noch eine Vertiefung des Systems zu erwarten, nachdem FREUD sich entschlossen hat, «Schriften zur angewandten Seelenkunde» — eigentlich müsste es heissen zu der von FREUD «*angewandten*» Seelenkunde — herauszugeben, in denen auf dem hypothetischen Boden unbeirrt durch alle gegenteiligen Anschauungen weiter gearbeitet wird. (1. Heft FREUD der Wahn und die Träume in W. JENSENS «Gradiva», 2. Heft RIKLIN, Wunscherfüllung und Symbolik in Märchen, 3. Heft, JUNG, Der Inhalt der Psychose. 4. Heft ABRAHAM, Traum und Mythus 1908—09).

Worin besteht nun die FREUDsche Therapie? FREUD und BREUER verwandten ursprünglich die von ihnen sogenannte kathartische oder Abreaktionsmethode. In der Hypnose sollte der «eingeklemmte Affekt» frei gemacht und dadurch zum Verschwinden gebracht werden. Diese Methode ist für manche Fälle sehr brauchbar. Heute geht FREUD in der Weise vor, dass er seine Kranken ihre Einfälle erzählen lässt, dabei ihre Träume zu Hilfe nimmt, und aus ihren Erzählungen die Ursache der Krankheit zu gewinnen sucht. Er will ihnen auf diese Weise erstens klar machen, wieso sie grade diese oder jene bestimmten Symptome bieten und ihnen zweitens zeigen, wie sie späterhin selbst ihre Seele vor ähnlichen Schädlichkeiten bewahren können. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Erziehung sehr viel gutes stiften kann. FREUD sieht aber, wie oben erwähnt, in der Sexualität die Wurzel der Neurose. Demgemäss fahndet er nur nach sexuellen Erlebnissen. Er dringt mit seinen Analysen in das Geschlechtsleben oder in die Vorstellungen von demselben ein, er bespricht mit seinen Kranken alle möglichen Perversitäten. Eine seiner Kranken wurde als 14jähriges Mädchen geküsst. Die Symptome ihrer Hysterie sind u. a. Tussis nervosa, Aphonie, Dyspnoe. Zeitweise hat sie eine «Empfindungshallucination» von dem Drucke, den der sie umarmende Mann auf sie ausübte. FREUD sagt: «Ich denke, sie verspürte nicht blos den Kuss auf ihren Lippen, sondern auch das Andrängen des erigierten Gliedes gegen ihren Leib. Auf seine Fragen (!) erfuhr er von der Patientin, dass seine Annahme richtig gewesen sei. Die

Aphonie entspricht den verdrängten Vorstellungen von der Impotenz des Vaters und seinem sexuellen Verkehr per os mit einer Freundin der Mutter.

Zunächst schlossen sich FREUD, HELLPACH und LÖWENFELD an, ohne sich aber mit ihm so vollständig zu identifizieren wie STEGMANN, JULIUSBURGER, MUTHMANN, POROSZ, BINSWANGER jun., CLÁPARÈDE, BARONCINI, auf die ich nur hinweisen kann. (Ich verweise auf die wertvolle, fast lückenlose Zusammenstellung der Literatur in der SCHULTZschen Arbeit, die Anhängern wie Gegnern der FREUDschen Lehre dringend empfohlen werden muss. I. H. SCHULTZ «Psychoanalyse». In der Zeitschrift für angewandte Psychologie 1909. Bd. 2.) Mit seiner psychoanalytischen Methode erklärten sich weiter einverstanden die Schweizer BLEULER, JUNG und RIKLIN. Letztere versuchten in ihren gründlichen Assoziationsstudien die FREUDschen Ansichten wissenschaftlich psychologisch zu stützen. RIKLIN sieht in dem Komplex (die Summe gewisser affektiver Vorstellungen, bez. Erlebnisse) mit seinen Wirkungen die Hauptsache der hysterischen Psychologie: «aus dem Komplex können wohl alle hysterischen Symptome abgeleitet werden.» Dementsprechend verfährt er bei der Therapie, indem er mit Hilfe der Analyse den Komplex zu ergründen und zu lösen sucht. Sehr wertvolle Anregungen bietet JUNG, der wie bekannt seine Untersuchungen auch auf das Gebiet der Dementia präcox ausgedehnt hat. Ich führe die wichtigsten Sätze aus seinen Arbeiten «Diagnostische Assoziationsstudien» an:

1. Der bei psychogenen Neurosen in den Assoziationen auftretende Komplex stellt die causa morbi dar. (Die Disposition vorausgesetzt.) Alle psychogenen Neurosen enthalten einen Komplex, der sich dadurch vom normalen Komplex unterscheidet, dass er mit ausserordentlich starken Gefühlstönen ausgestattet ist und daher eine derart konstellierende Kraft besitzt, dass er das ganze Individuum unter seinen Einfluss zwingt.

2. Die Assoziationen können daher ein wertvolles Hilfsmittel zur Auffindung des pathogenen Komplexes sein, mithin also zur Erleichterung und Abkürzung der FREUDschen Psychoanalyse dienen.

3. Die Assoziationen vermitteln uns eine experimentelle Einsicht in den psychologischen Aufbau des neurotischen Symptoms. Hysterische und Zwangsphänomene stammen von

einem Komplex ab. Die körperlichen und psychischen Symptome sind nichts als symbolische Abbilder des pathogenen Komplexes.

An anderer Stelle: «Der in den Assoziationen aufgedeckte Komplex ist die Wurzel der Träume und der hysterischen Symptome. Die Störungen, welche der Komplex im Assoz. Exper. verursacht, sind nichts anderes als die Freudschen Widerstände bei der Psychoanalyse.

Die Verdrängungsmechanismen sind die gleichen beim Assoziations-Exper. wie beim Traum und wie beim hysterischen Symptom.

Der Komplex hat bei der Hysterie eine abnorme Selbständigkeit und neigt zu einer aktiven Sonderexistenz, welche die konstellierende Kraft des Ichkomplexes progressiv herabsetzt und vertritt. Dadurch wird allmählich eine neue Krankheitspersönlichkeit geschaffen, deren Neigungen Urteile und Entschlüsse nur in der Richtung des Krankheitswillens gehen. Durch die zweite Persönlichkeit wird der normale Ichrest aufgezehrt und in die Rolle eines sekundären (beherrschten) Komplexes gedrängt.

Eine zweckmässige Behandlung der Hysterie muss also bestrebt sein, den normalen Ichrest zu stärken, was am besten dadurch geschieht, dass irgend ein neuer Komplex eingeführt wird, der das Ich von der Herrschaft des Krankheitskomplexes loslöst.»

Diese Thesen sind gewiss sehr interessant. Aber gerade der letzte Satz enthält das, was jeder Psychotherapeut — vielleicht ohne solche gründliche psychologische Überlegung — von jeher angestrebt hat. Die Stärkung des «kranken Ich», die Einführung neuer Zielvorstellungen in den kranken Gedanken — und Gefühlsmechanismus, Erziehung zur Selbstbeherrschung, zur Unterdrückung der Affekte, Anleitung zu ablenkender Arbeit — das war und bleibt das Rüstzeug einer zweckmässigen Behandlung der Hysterie und der Neurosen überhaupt. Und was Jung den Krankheitskomplex nennt, wird die «alte Schule» nach wie vor Störung der Affekte und Autosuggestion nennen.

Frank und Bezzola schliessen sich Freud insofern an, als auch sie von der *traumatischen* Ätiologie der Hysterie überzeugt sind. Bezzola aber wendet nicht die psychoanalytische Methode an, sondern die Psychosynthese. Er fand,

«dass manchen Patienten auch bei stundenlangem «Warten» «nichts einfiel.» Bei anderen waren die Einfälle so disparat und nichtssagend, dass trotz aller Phantasieanwendung ein unterbewusster Reizcomplex nicht zu konstatieren war. Die psychischen Gebilde sind durch Wünsche und Strebungen des Kranken mehrdeutig geworden wie seine Träume. Sie machen den Eindruck der Autosuggestion. Er sagt dann weiter: «Der Arzt darf nicht Erklärungsversuche suggerieren... denn alle Neurotiker sind auffallend suggestibel im Sinne ihrer Symptome.» Das von ihm angewandte Verfahren der «Psychosynthese», auf das ich nicht eingehen kann, weil dies zu weit führen würde, scheint mir aber auch nicht geeignet, Autosuggestionen auszuschliessen. Jedenfalls verdient aber die objektive Darstellung seiner Ergebnisse hervorgehoben zu werden, indem er offen erklärt, dass sein Verfahren zweifellos günstig wirkte, wenn auch nicht stets eine vollständige Lösung erfolgen mag. Mit Breuer und Freud stimmt er darin überein, dass neurotische Symptome meistens von stark gefühlsbetonten Erlebnissen herrühren. Er verwahrt sich aber dagegen, dass er die Freudsche Sexualtheorie stützen wolle. «Die Sexualität als Grundätiologie anzunehmen, scheint mir verfehlt; in meinen Fällen spielt sie eine auffallend geringe Rolle; Freud konstruiert und suggeriert, ich lasse direkt erleben.» Wenn Bezzola aber weiter meint, bei ihm sei jede Gefahr einer falschen Deutung ausgeschlossen, weil er jede Suggestion vermeidet, so glaube ich, wie oben erwähnt, dass er sich hierin doch ab und zu täuschen kann Nichts ist schwerer, als bei solchen therapeutischen Bestrebungen — sie heissen nun «Analyse» oder «Synthese» — jede Suggestion zu vermeiden.

Ganz und gar auf dem Boden der Freudschen Anschauungen steht Stekel, dem wir eine Monographie über «nervöse Angstzustände» verdanken.

Diese Arbeit ist 1908 erschienen. Die Gegner der Freudschen Lehre kommen darin am besten weg, *denn sie werden nicht erwähnt*. Für diesen Autor sind die Arbeiten Binswangers, Oppenheims, Aschaffenburgs, Weygandts, des *Referenten* u. v. a. nicht vorhanden. Freud wird, wenn ich richtig gezählt habe, 79 mal zitiert. Stekels Traumanalysen müssen im Original nachgelesen werden. Aus diesem Buche will ich nur eine Stelle wörtlich zitieren: «Ich fordere nun den Patienten

auf, mir eine Reihe von Worten zu sagen, die ihm nach dem Reizwort «Mutter» einfallen. Er beginnt: Mutter, Schwester, Bruder, Vater, Haus, Glück, Schnee, Schlitten, Gesellschaft, idiotisch, Kapauner, Kreuzdonnerwetter, Du kannst mich gern haben, Du kannst mich..., koitieren, je vous aime, Madame, je vous aime, monsieur, Opodeldok, Popokate, auf dem Baume sitzt die Pflaume... Im Schlitten machte er mit der Mutter eine fröhliche Fahrt; wie ein Idiot wiederholte er immer wieder ein Wort: Popokate. Es ist dies ein Wort, das er aus einem Studentenliede kennt, dessen Anfang lautet: O, welch ein Vergnügen ist die Liebe! Kapaun ist eine Beziehung auf persönliche Verhältnisse (Impotenz!); dann kommen die Flüche, denen eine Liebesszene folgt, dann drei dieser obsedierenden Worte — jedes eine intime Beziehung zum Sexualcomplex zeigend. (Opo-popo; die Mutter heisst Kathi!) Popokate ist also eine Verschmelzung aus Popo und Kathi. Auf den Analkomplex beziehen sich noch «Kapauner» und die beiden «Du kannst mich usw.» Der Patient hatte sich damit vollständig verraten...

So dringt man in das Seelenleben der Kranken ein. (Glaubt Stekel!!) Alle diejenigen, die dies nicht können, müssen wohl darauf verzichten, solche Heilerfolge zu erzielen wie er.

Als bedingte Anhänger Freuds wären zu erwähnen die Autoren Eulenburg, Warda, Strohmayer, Römheld, Forel.

Warda verfolgte seit dem Erscheinen der «Studien» die Freudsche Lehre genau. (Ich ziehe nicht nur die Arbeiten über Hysterie, sondern auch über Zwangsneurosen usw. in den Kreis der Betrachtung). Wenn er sagt: «Ich habe gelegentlich auch versucht, in den Fällen mit bekannter sexueller Ätiologie den Kranken aufzuklären usw.; meine ursprüngliche Annahme, dass ein derartiges in die Tiefe gehendes Verständnis für die Genese der Krankheit die Beruhigung des Kranken befördern werde, ist nicht eingetroffen», so taucht unwillkürlich die Frage auf, ob auch dieser Autor zu jenen gerechnet wird, die «die Methode» nicht beherrschen, und wie der Widerspruch zwischen seinen «Teilerfolgen» und den «verblüffenden» Ergebnissen zu erklären ist, über die z. B. Stekel verfügt. Warda unterlässt es jetzt auf Grund seiner Erfahrungen «völlig, im eigentlich therapeutischen Verfahren die sexuelle Ätiologie zu berühren.» Er hält aber

auch bei der Feststellung der Anamnese ein Eingehen auf das sexuelle Moment «*vielleicht nicht immer für unbedenklich,*» obgleich er in jenen Fällen, in denen er es tat, keine schädliche Wirkung sah. Er empfiehlt «taktvolle Zurückhaltung und Auswahl». (Zur Pathologie und Therapie der Zwangsneurose, Monatsschrift für Psych. et Neur. Bd. XXII. 1907.)

Stromayer (über die ursächlichen Beziehungen der Sexualität zu Angst und Zwangszuständen, Journ. f. Psychologie und Neurologie, Bd. XII. 1908) sagt sehr richtig, dass uns nur der Austausch von Erfahrungen dazu führen kann, eine Lehre auf ihren praktischen Wert zu prüfen. Von dem Wert der Freudschen Lehre ist er im grossen und ganzen überzeugt. Wenn er aber bei einer Patientin die von ihr betriebene Masturbation als «eine Folge der erogenen Reizung der Aftergenitalzone durch spontane Retention des Stuhlgangs und Urins» auffasst, wenn er sagt, «der sexuelle Zweck der Verstopfung geht daraus hervor, dass die Patientin noch heute von den Blinddarmattacken träumt» (die «perverse» Stuhlretention soll zu Blinddarmreizungen geführt haben), so finde ich seine Anschauungen ebenso unbewiesen, wie die von Freud. Sie sind vielleicht überhaupt unbeweisbar. Dann aber sollten sie in das Gewand der Hypothese gekleidet werden.»*

Viel leichter aber wird die Verständigung mit Strohmayer, wenn er den Boden der Theorie verlässt und seine praktischen Erfahrungen bezüglich der Therapie kundgibt. Auf die Frage, «ob die Aufdeckung der sexuellen Genese therapeutisch nütze, getraut er sich nur eine zurückhaltende Antwort zu geben.» Mit grosser Bescheidenheit gibt er zu, dass er seine Erfolge nicht mit denen eines Stekel vergleichen kann. Ich glaube, er wird weniger Grund zur Bescheidenheit haben, wenn nach einer Reihe von Jahren die Diskussion über die Dauer der Heilerfolge eröffnet — oder geschlossen sein wird. Es mehren

* Ich darf vielleicht an dieser Stelle zu einer «persönlichen Bemerkung» das Wort ergreifen. Stromayer sagt in einer Fussnote, ich hätte «Entrüstung» ausgedrückt in meiner Kritik der Freudschen Arbeiten. Auch an keiner Stelle meiner Arbeit tat ich dies; ich habe nur meinen Anschauungen Ausdruck verliehen. Sowie mir aber die Beweise vorliegen, die mir für die Freudschen Hypothesen noch zu fehlen scheinen, werde ich auch meine sachliche Kritik modifizieren, in der Stromayer merkwürdig erweise Entrüstung fand.

sich die Autoren, die die FREUDsche Psycho-Analyse üben und beherrschen (wenn auch vielleicht nicht so wie die Wiener «Jünger»); sie gehen in ihrer Anerkennung der FREUDschen Lehre weiter als der Referent. Kommen sie aber, wie WARDA und STROMAYER zum therapeutischen Moment («Probe auf das Exempel» wie STROMAYER sehr richtig sagt), so sehen wir die Zurückhaltung eintreten. Bei STROMAYER ist es schon mehr eine gewisse Resignation, die ihn sagen lässt: «Die Psychoanalyse machte erstaunlich wenig Eindruck auf das Grundgefüge der Neurose meiner Kranken, von einer Befreiung garnicht zu reden, wenn ich von vereinzelten Obsessionen absehe.»

RÖMHELD will auf die vielen Einwände, die gegen die FREUDsche Lehre z. T. mit Recht erhoben worden sind, nicht näher eingehen; dass die FREUDsche Psychoanalyse verallgemeinert und in ungeschickten Händen schaden und gefährlich werden kann, unterliegt für ihn keinem Zweifel, während andererseits durch die FREUD'sche Methode nach seiner Erfahrung manchem Kranken sicherlich geholfen wird. FOREL beschäftigt sich in seinem Buche (Der Hypnotismus») nur kurz mit FREUD, dem er teilweise beitritt, nicht ohne zu betonen, dass die Methode mit «grösster Schonung und Vorsicht» geübt werden muss; «denn durch Verletzung des Taktes und des Anstandes kann man da oft viel mehr schaden als nutzen.»

Eine Methode, die mit solchen Kautelen empfohlen wird, ist im wahrsten Sinne des Wortes — eine heikle.

In Deutschland traten unter anderen HOCHE und SPIELMAYER gegen die FREUDschen Psychoanalysen auf. Ihnen wurde vorgehalten, sie hätten eine Methode abgelehnt, die sie vorher keiner Nachprüfung unterzogen haben.

Bei der XXXVII Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte (November 1906) entspann sich im Anschluss an den oben erwähnten Vortrag von FRANK und BEZZOLA eine Diskussion, in der HOCHE «die Lehren FREUDS und seiner Anhänger für völlig verkehrt und einseitig» erklärte. JUNG wies demgegenüber auf seine Assoziationsversuche hin, die eine Bestätigung ergaben; ISSERLIN, auf dessen wertvolle Ergebnisse nachdrücklich hingewiesen sei, darauf, dass seine Erfahrungen die JUNGschen nicht stützten. GAUPP nahm einen vermittelnden Standpunkt ein. BEZZOLA verwahrte sich später

dagegen, dass HOCHE ihn und FREUD bezüglich der Neurosenlehre identifiziere und FRANK erklärte, dass er nicht immer eine sexuelle Ätiologie annimmt, dass er dann nicht nach ihr forscht, wenn die Behandlung auch so Erfolg zeigt.

Bei einer früheren Versammlung von Nervenärzten (31. Versammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte, 27. V. 1906 in Baden-Baden) hatte bereits ASCHAFFENBURG zu dieser Frage Stellung genommen. Was für und gegen FREUD zu sagen war, hat er meines Erachtens nach so ziemlich alles vorgebracht. Seine Anschauungen wurden aber nur von denen anerkannt, die auch schon vorher der FREUDschen Methodik zum Mindesten skeptisch gegenüber standen. Im gleichen Jahre wurde ich von dem Schriftleiter des Journals für Psychologie und Neurologie (BRODMANN) aufgefordert, die Entstehung, Wandlung und praktische Anwendung der FREUDschen Lehre kritisch zu beleuchten. Ich schmeichle mir nicht, auch nur *einen* Anhänger FREUDS überzeugt zu haben. Ebensowenig gelang mir dies durch meine kasuistischen Mitteilungen, in denen ich den Nachweis erbrachte, dass auch ohne die Anwendung der psychoanalytischen Methode nach FREUD ebenso «erstaunliche» Heilungen zu erzielen sind. In den «Kurzen Bemerkungen zu der FREUDschen Lehre über die sexuelle Ätiologie der Neurosen» und in einem Vortrage im ärztlichen Verein zu Frankfurt teilte ich mit, dass ich mich auch, um vorurteilsfrei nachzuprüfen, entschlossen hatte, in gewissen Fällen die «psychoanalytische Methode FREUDS» anzuwenden. Der Erfolg war nicht im Stande, meine Anschauungen zu ändern.

Bei dieser Lage der Dinge wurde es wohl von der gesamten ärztlichen Welt mit Freuden begrüsst, dass auf die Tagesordnung des II. Internationalen Kongresses für Psychiatrie usw. in Amsterdam 1—7. September 1907, das Referat gesetzt wurde, «Neueste Theorieen über den Ursprung der Hysterie.» Referenten waren JANET, JELGERSMA, ASCHAFFENBURG, JUNG; auf ihre theoretischen Ausführungen über das Wesen der Hysterie kann ich nicht näher eingehen. Über den JUNGschen und ASCHAFFENBURGschen Standpunkt nur so viel: JUNG nennt die FREUDsche Lehre eine «Arbeitshypothese, die sich überall der Erfahrung anschmiegt.» «Von einer festgefügten FREUDschen Theorie kann deshalb gegenwärtig keine Rede sein...» JUNG, einer der wärmsten Anhänger FREUDS, betont

aber auch das hypothetische Moment in den FREUDschen Ansichten; — dies hindert ihn nicht, zu sagen, «Niemand, der die Traumdeutung FREUDS nicht von Grund aus kennt, wird imstande sein, seine in jüngster Zeit entwickelten Anschauungen auch nur annähernd zu verstehen.» Gerade die FREUDsche Traumdeutung ist aber seine am wenigsten wissenschaftlich «begründete» Arbeit; gegen ihre Richtigkeit, gegen die verallgemeinernden Schlüsse erheben sich die schwersten Bedenken. Und nun soll dieses Buch den Schlüssel für das Verständnis der Hysterie abgeben? Wer nicht Traumdeuter im Sinne FREUDS ist, steht der Hysterie verständnislos und ohnmächtig gegenüber?

JUNG sagt an einer anderen Stelle: *Zur Aufstellung von allgemeingültigen Theorien eignen sich die Freudschen Dinge vorderhand noch nicht.*» Das ist ein wissenschaftlich-kritisches Zugeständnis. Ich habe aber nachgewiesen, dass die meisten Anhänger FREUDS seine Methodik als eine feststehende Theorie betrachten, nach ihr alle Fälle von Hysterie usw. analysieren und *behandeln*, und auf der Basis dieser nach JUNG nicht «allgemeingültigen Theorie» Monographieen verfassen.

Was sich gegen die, immerhin modifizierten, Anschauungen JUNGS sagen lässt, hat ASCHAFFENBURG in seinem Vortrag, und später in seinem Referat in Amsterdam in klarster Weise zum Ausdruck gebracht. ASCHAFFENBURG «versagt völlig die Fähigkeit des Folgens» bei den erzwungenen Psychoanalysen. Das FREUD und seine Anhänger stets sexuellen Komplexen begegnen, scheint ihm eine Folge der Methode zu sein, eine Folge des «Associationszwanges.» Er glaubt nicht, dass es an dem spezifischen Krankenmaterial FREUDS liegt, wie LÖWENFELD meint, auch nicht, dass «die Bevölkerung Wiens besonders stark zu sexuellen Denken neige.» Er schliesst damit, dass er sagt: «FREUDS Vorgehen lenkt die Aufmersamkeit auf das sexuelle Gebiet... harmlosen Worten legt er eine sexuelle Bedeutung bei.» Das ist der Grund, warum ASCHAFFENBURG die heuristische Bedeutung der Psychoanalyse so gering, die Methode ein unsicherer ja bedenklicher Weg zu sein scheint, da er rettungslos zu Fehlschlüssen führen muss. Ich habe dasselbe mit dem Satze ausgedrückt: «Durch FREUD und seine Jünger werden für ätiologische Auffassung einerseits, und daraus entspringendes the-

rapeutisches Handeln andererseits, Wege gewiesen, die auf Abwege führen können.» Dass die besondere Art der analytischen Methode therapeutischen Erfolg zeitigen könne, bezweifelt ASCHAFFENBURG nicht. Er behauptet aber, dass ein gleiches auch ohne sie (entsprechende Befähigung des Arztes vorausgesetzt) möglich sei. Er verwirft ein Eingehen auf das sexuelle Leben in der Art, wie es diese «Methode» verlangt und verweist auf eine Kranke JUNGS die dieselbe die «reinste Marter» nennt. Er «betont, dass die Patienten, an denen er Versuche in dieser Richtung machte, fast ausnahmslos über eine quälende Empfindung geklagt haben, obgleich er nicht entfernt so tief auf alle Einzelheiten eingegangen ist, wie FREUD dies getan hat.

ASCHAFFENBURG wiederholt sein früher abgegebenes Urteil: *«Die Metode ist für die meisten Fälle unrichtig, für viele bedenklich und für alle entbehrlich.»* Bei der später folgenden Diskussion hob FRANK wieder den Wert der Methode hervor, und forderte zu einem Besuch seiner Anstalt auf, um dort mit der FREUDschen Methode gebesserte und geheilte Patienten vorstellen zu können. ALT erklärte, «ein eigenes Urteil über den etwaigen Wert der psychoanalytischen Metode nicht zu haben. Er müsse aber energisch abraten bei Hysterischen, von denen manche sowieso schon dazu neigen, den Arzt zum Vertrauten ihres Sexuallebens zu machen, die FREUDsche Methode anzuwenden. Der redlichen Aufklärung der Nervenärzte sei es allmählich gelungen, im Publikum die unsinnige Ansicht auszurotten, dass die Hysterie auf ungestillte geschlechtliche Begehrlichkeit zurückzuführen sei. Durch FREUD sei über die armen Hysteriker wieder von Neuem die Acht heraufbeschworen. Eine so heikle Befragung der Hysterischen berge übrigens auch grosse Gefahren in sich für Patienten und Arzt. Er halte sich im Gewissen dafür verpflichtet, *Hysterische dringend vor dem Eintritt in eine Anstalt zu warnen, deren Arzt ein Anhänger der* FREUD*schen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sei.»* HEILBRONNER sprach auf Grund seiner zahlreichen eigenen Untersuchungen der FREUDschen Methode und Therapie auch jede *wissenschaftliche Bedeutung ab.* (Zitiert nach dem ALTschen Sitzungsbericht.) WEYGANDT nennt die FREUDschen Theorien eine «Art Modesache.» «Die Anschauungen FREUDS haben Lob und Verherrlichung erfahren, als ob es sich um einen zweiten

Galilei handle.» Weygandt sieht sich gleichfalls genötigt, die «indifferenten» Kreise zu warnen; von den Anhängern Freuds gehört zu werden — an diese Möglichkeit zu hoffen wagt auch er bei denen nicht, die «sich ja mit dreifachem Wall gegen die Kritik gesichert haben.» Gerade von der Lehre des Traumes, die Jung (siehe oben) als die Fundamente der Hysterietheorie bezeichnet, sagt er, dass «Freud in seiner Deutekunst viel zu weit gehe», dass das «übertriebene Bemühen», Beziehungen zu finden, die bezüglichen Arbeiten «geradezu ungeniessbar mache». «Das Gross der Freudschen Deutekunst erscheint willkürlich und darum wertlos». Dies sagt ein Autor, der mit besonderer Wärme und ebensolchem Geiste für das Gute in den Freudschen und Jungschen Hypothesen eintritt. Kräpelin spricht in der 7. Auflage seines Lehrbuchs von der Psychoanalyse Freuds und sagt: «Wir dürfen nicht bezweifeln, dass man auf diesem Wege noch ganz andere Dinge herausbringen könnte. Wenn aber unsere vielgeplagte Seele durch längst vergessene, unliebsame sexuelle Erfahrungen für alle Zeiten ihr Gleichgewicht verlöre, so dürften wir am Anfange vom Ende unseres Geschlechtes angekommen sein; die Natur hätte ein grausames Spiel mit uns getrieben».

Weber würdigt in seinem kritischen Referat zweier Arbeiten von Gross und Jung (Otto Gross, Das Freudsche Ideogenitätsmoment und seine Bedeutung im manisch-depressivem Irresein Kräpelins, Leipzig 1907. Vogel; und C. G. Jung, Der Inhalt der Psychose. Leipzig und Wien 1908) die psychologischen Verdienste dieser Autoren, weist aber dann auch darauf hin, dass «der Heilungseffekt der Besprechung dieser psychischen Traumen von einer nur sehr geringen und vorübergehenden Bedeutung sei.» «Dass eine Aussprache vorübergehende Erleichterung verschafft weiss man von jeher. Die betreffende Patientin ist aber danach erst recht wieder deprimiert und muss schliesslich in die Kreisirrenanstalt verbracht werden; . . . so kann man immer die Beobachtung machen, dass die gewöhnliche psychische Exploration, wie sie jeder um seine Patienten besorgte Arzt ausübt, auch ohne Psychoanalyse, Traumdeutung . . . viel Material an sexuellen Erlebnissen . . . spontan zutage fördert, ohne dass damit ausser einer vorübergehenden Erleichterung für den Verlauf der Krankheit etwas wesentliches gewonnen wäre; im Gegenteil sehen wir eine Besserung erst dann, wenn es

gelingt, das Interesse der Kranken von diesen Sexualerlebnissen abzulenken und . . . den Aufgaben zuzuwenden, die sie in ihrem Beruf, ihrer Familie, an ihren Kindern haben.»

Jung hat in seiner Arbeit die Behauptung aufgestellt, dass 70—80% aller Anstaltskranken an Dementia præcox leiden. Weber bespricht die von Jung wiedergegebenen Krankengeschichten und weist unter Ablehnung seiner speziellen psychologischen Hypothesen auf den wertvollen Kern der eingehenden Arbeiten Jungs hin. Ich habe einer gewissen Vollständigkeit wegen auch auf Arbeiten Rücksicht genommen, die sich nicht nur mit der Hysterie beschäftigen; auch aus dem Grunde, um die Ausbreitung zu zeigen, die die ursprünglich für die Hysterie geltenden Freud-Breuerschen Anschauungen gewonnen haben. Weber stellt letzteres mit folgenden Worten fest: «Und wenn man sieht, wie das, was Freud und seine Schüler für die Hysterie und viele neurasthenische, nervöse und degenerative Zustände lehren, jetzt auf die Dementia praecox, von Gross auf das manisch depressive Irresein angewandt wird (auf Melancholie, Paranoia, Impotenz usw. siehe oben Ref.) so bleibt bald keine funktionelle Psychose mehr übrig, die nicht durch eine geschickte Psychoanalyse auf ein sexuelles Trauma als Wurzel zurückzuführen wäre. Denn bei der Rolle, die die Sexualität nun einmal im Leben des Menschen spielt, wird es nicht schwer sein, bei jedem in seiner Vergangenheit ein irgendwie geartetes Trauma auf diesem Gebiete nachzuweisen.»

Die Stellung, die Autoren wie Binswanger und Ziehen gegen die Freudsche Lehre einnehmen, habe ich bereits, in meiner Arbeit erwähnt. Ziehen hat mittlerweile auch gegen Jung Stellung genommen, indem er «vor solchen Abwegen der Assoziationspsychologie warnt.» Über die Jungschen Psychoanalysen urteilt er gerade so wie über die Freudschen, sie sind gleichermassen «gezwungen.»

Auf die Arbeiten von Vogt, Brodmann, Möbius, Kreiil, Hellpach, Stegmann, Spielberg, Raimann, Babinsky, Pitres, Westphal usw. kann ich nicht eingehen. Oppenheim sagt in der neuesten Auflage seines Lehrbuches: Musste der ursprünglichen Lehre von Breuer und Freud auch eine hervorragende Bedeutung zuerkannt werden, so hat der weitere Ausbau und Umbau derselben durch Freud diesen Autor auf Irrwege geführt, vor deren Betretung wir nicht genug warnen können.

Besonders sind es seine Versuche der Umdeutung und seine Lehre von den sexuellen Ursprung der Hysterie (und Zwangszustände) die eine unerlaubte Überspannung der Tatsachen enthalten.»

Es bleibt nur noch übrig Dercum anzuführen, der es sich in «eine Analyse der psycho-therapeutischen Methoden» so bequem macht, dass man sich fragt, ob diese Arbeit wirklich aus diesem Jahrhundert stammt. Nachdem er erklärt hat, dass alle Symptome, welche die funktionellen Nervenkrankheiten bieten, eine physische Basis haben, misst er wohl der Wach-Suggestion Wert bei; die Suggestion in Hypnose ist dagegen selten, wenn überhaupt gerechtfertigt, und Psychoanalysen werden wahrscheinlich niemals einen Platz in unserer Therapie finden. Was die Entschiedenheit im Urteil betrifft, gebührt Steyerthal die Stelle sofort nach Dercum. Dieser setzt sich mit recht scharfen Worten mit Freud und Warda auseinander; was er von der psychoanalytischen Behandlungsmethode hält, weiss ich nicht; denn erstens ist in seiner Arbeit, die nur eine «Betrachtung» darstellt, von Therapie nicht die Rede, und zweitens existiert für ihn eine Krankheit Hysterie überhaupt nicht. Der ganze Streit um die Freudsche Lehre, die über die Hysterie verfassten Monographien erscheinen hiermit ziemlich überflüssig.

Ich habe nicht ohne Absicht mehrere der Autoren, die sich mit der Freudschen Lehre beschäftigen, Freunde wie Gegner wörtlich und zum Teil ziemlich eingehend zitiert. Ich glaube auf diese Weise jedem Leser die Möglichkeit des eigenen Urteils gegeben zu haben. Übersehen wir nun das Ergebnis obiger Zusammenstellung: Dasselbe ist ein recht unbefriedigendes. Sehen wir von den Autoren ab, die sich auf der mittleren Linien halten und in der Minderheit sind, so bleiben jene zwei Gruppen, zwischen denen eine Brücke zu schlagen unmöglich erscheint. Mögen sich auch die Gegner der Freudschen Methode durch die Art in der gewisse Autoren, die durch Schärfe ihrer Diktion das ersetzen wollen, was ihnen an Erfahrung und Beweiskraft abging, herausgefordert fühlen, so hiesse es doch das wissenschaftliche Denken sehr tief einschätzen, wenn man hieraus ihre Gegnerschaft ableiten wollte. Dass gerade die Jüngeren unter den Jüngern Freuds besser daran getan hätten, auch gegnerische Anschauungen zu prüfen, bevor sie auf der unsicheren Basis der Hypothese

immer lustig weiter bauten, unbekümmert um alle Kritik, darüber dürfte bei denen kein Zweifel herrschen, die objektiv geblieben sind. Aber all dies kann und darf den Wert einer Methode nicht auf die Dauer beeinflussen. Es zeigt sich, dass je mehr die Freudschen Lehren auf der einen Seite leider Gemeingut aller «Gebildeten Laien» werden, sie desto häufiger von fachwissenschaftlicher Seite abgelehnt wurden. Das heisst, so weit die psychoanalytische Behandlung in Betracht kommt. Fast alle Autoren zollen Freud und Jung für ihre psychologische Arbeit grosse Anerkennung. *Nur von jener Therapie, die ein Hineinleuchten in die geheimsten sexuellen Schlupfwinkel, endlose Unterhaltungen mit den Kranken über ihre Sexualität, ein Verfolgen ihrer geschlechtlichen Regungen vom ersten Saugen an der Mutterbrust bis zur psychischen oder senilen Impotenz, verlangt, wollen die Meisten nichts wissen.* Sicherlich nicht aus Prüderie und nicht aus den Gründen, die Sadger annimmt (siehe oben), sondern weil sie entweder die Theorie für falsch halten, auf der die praktische Therapie aufgebaut wurde, oder weil sie auch auf anderen Wegen zum Ziel kommen zu können überzeugt sind. Dass letzteres der Fall ist, dafür wurden die Beweise erbracht. Und dass die Freudsche Schule diese Beweise noch immer ignoriert, so tut, als wäre vor ihr keine Psychotherapie getrieben, keine Hysterie oder Angstneurose geheilt worden, darin liegt — meines Erachtens — der grösste Fehler von Autoren wie Gross und Stekel. Das ist nicht Irrtum, das ist — Unwissenschaftlichkeit oder «Methode». Ich kenne aus eigener Erfahrung die grossen Erfolge, die z. B. Binswanger, Vogt und Brodmann in der Behandlung der Hysterie erzielt haben. Ich kenne einen Kollegen, der eine von Freud «geheilte» Patientin wegen schweren Rückfalls zu behandeln hatte; ich habe schwere Hysterien ohne die sexuelle Psychoanalyse geheilt, ich kann u. a. auf einen Fall von Neurasthenie (sog. Angstneurose) hinweisen, den ich vor 10 Jahren durch Hypnose (nach wenigen Sitzungen, und ohne sein sexuelles Leben auch nur zu streifen) gesund machte — wenn die Freudsche Schule behauptet, sie kenne diese Fälle nicht, so mag sie sich mit ihrer mangelhaften Literaturkenntnis entschuldigen, die um so erklärlicher ist, als niemand davor geschützt ist, etwas zu übersehen und niemand imstande ist, eine Disziplin vollkommen zu beherrschen. Dann

aber geziemt sich etwas mehr Bescheidenheit. Dann darf nicht das Wort fallen, dass *nur die von* Freud *eingeführte Methode, die den meisten Fachkollegen noch nicht zu Gebote steht, imstande ist, zu helfen.* (Gross.) Wie ist es aber zu erklären, dass gerade die Wiener Schule immer eine sexuelle Grundlage findet? Aschaffenburg hat diese Frage eingehend behandelt. Ich glaube aber, ihm in einem Punkte widersprechen zu müssen.

Er will nicht mit Löwenfeld annehmen, dass eine Art von Genius (oder Dämonus) loci mitspreche. Ich bin doch dieser Ansicht. Ich möchte dies nicht des Breiteren ausführen. Nur noch einmal auf Weininger hinweisen, dessen durch und durch pathologisches Buch (ich übersehe nicht die z. T. phänomenalen geistigen Leistungen, die darin enthalten sind) nur auf Wiener Boden entstehen konnte. Lange Zeit wurde von nichts anderem gesprochen als von diesem Buche, und zwischen Freud und Weininger bestanden enge wissenschaftliche Beziehungen. Es liessen sich hier viele Fäden aufdecken, die zu einem Literatenkreise führen, der neben aufdringlich Erotischem viel psychologisch Wertvolles erzeugte, allein hierfür ist hier nicht der richtige Ort. Ich wollte dies nur erwähnen, weil ich der Meinung bin, dass diesen Autoren wirklich ein spezifisches Material zuströmt. Es wird aber auch von vornherein spezifisch durch die Beschäftigung mit den «populär» gewordenen Arbeiten dieser Ärzte. Wer denkt nicht an den Schaden, den Krafft-Ebings bekannte Psychopathia sexualis anrichtete, ganz gegen seinen Willen und seine Absicht? So kommen viele Patienten «präpariert» in die Sprechstunde — wartend auf die Behandlung, die ihnen im Prinzip bereits nur zu bekannt ist. Ich bin auf den nahe liegenden Einwand gefasst, wie ich über die Kranken dächte, die aus entlegenen Provinzen kommen, vielleicht nicht einmal deutsch lesen können, oder über Fälle wie Fräulein Dora, die mit 14 Jahren in die Behandlung Freuds eintrat? Ich behaupte nicht, dass alle Kranken «autosuggestioniert» zu den Psychoanalysen erscheinen; was ich glaube ist nur, dass sie entweder wissen oder ahnen, welche Methode an ihnen geübt wird, oder dass sie bereits nach kurzer Zeit durch die Fragen suggestiv beeinflust sind. Man wende nicht ein, dass sie nichts gefragt würden. Wenn sie ihre Traumerlebnisse erzählen, werden sie immer wieder aufgefordert nachzudenken,

ob ihnen nichts einfiele: ihr Stocken und Sichsträuben wird als psychischer Widerstand aufgefasst, der überwunden werden muss. Der betreffende Examinator muss vermöge seiner wissenschaftlichen Überzeugung etwas finden, er sucht — und er findet. Dass viele der Patienten sich durch die Aussprache erleichtert fühlen, das glauben wir alle, die wir sonst anderer Meinung sind, als FREUD und seine Schüler. Dasselbe haben wir aber auch erlebt bei unserer Methodik. Jede heilbare Neurose wird durch jeden Arzt geheilt, der eine vertrauenerweckende (suggestive) Persönlichkeit, der das entsprechende therapeutische Rüstzeug, der den Glauben an sich besitzt, der mit dem nötigen Geschick die Technik und den Willen verbindet, sein ganzes Ich dem Kranken zur Verfügung zu stellen.

Die Suggestion stellt gewissermassen ein Geheimmittel dar, sie kann nicht gelernt, nicht eigentlich gelehrt werden; sie kann einem sonst sehr bedeutenden Arzt fehlen, sie kann einem Kurpfuscher verliehen sein. Auch LOURDES und ANDECHS haben viele Hysterische geheilt.

Und die Schweizer Schule? Da ist zu nächst zu sagen, dass manche Schweizer Autoren bereits recht sehr von FREUD abgerückt zu sein scheinen. Bei einer Sitzung der Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich wurde die FREUDsche Theorie von Verschiedenen heftig angegriffen. KESSELRING sagte, dass man mit solchen künstlichen Psychoanalysen in die komplizierte menschliche Psyche hineintragen könne, was man wolle. BLEULER und JUNG bleiben die gewichtigsten Stützen der FREUDschen Lehre. Wenn ersterer mir mitteilte, er wolle mich in seiner Klinik davon überzeugen, dass sie, seitdem sie die FREUDsche Methode üben, keine verwirrte Dementia præcox (Schyzophrenie) mehr hätten, so warte ich bei der kritischen Denkungsweise BLEULERS mit meinen Zweifeln so lange, bis ich in Zürich war. Wenn aber JUNG 70—80% Dementia præcox Fälle in der Anstalt hat, so müssten wir uns ebenso zuerst über die Frage einigen, was er unter Dementia præcox begreift, wie dies bei STEKEL und GROSS bezüglich» ihrer Fälle von Melancholie und manisch depressivem Irresein, bei FREUD bezüglich der Paranoia nötig wäre. Hier hemmt uns vor allem unsere unklare Terminologie. Es bleibt doch auffallend, wenn heute, nachdem wir mit dem Einverständnis von KRAEPELIN die Dementia præcox immer

mehr umgrenzen, ein Beobachter wie Jung eine so ungeheure Zahl von Vertretern einer Krankheitsform konstatiert.

Der Rückblick in die Vergangenheit, den wir getan haben, ist nicht tröstlich. Vielleicht ist es der Ausblick in die Zukunft. Wissenschaftlicher Streit fördert, so lange er nicht zum Gezänke wird. Freud und seine Anhänger sollten versuchen, ob sie nicht gleiche Erfolge erzielen, wenn sie die «sexuelle Forschung» aufgeben. Wir Gegner wollen gern anerkennen, was sie in psychologischer Kleinarbeit für das Verständnis der Neurosen geleistet haben. Sie mögen aber bedenken, dass sie mit all ihren Analysen ebenso wenig imstande waren das Wesen der Hysterie restlos zu erklären, wie dies vorher gelungen ist. Die Psychoanalyse an sich ist für den Neurologen und Psychiater unentbehrlich. Die *sexuelle* Psychoanalyse erscheint vielen von uns bedenklich oder überflüssig. Die grosse Wichtigkeit der Sexualität für das normale und krankhafte Leben des Menschen erkennt jeder an. Die sexuellen Vorstellungen aber sollen, von seltenen Fällen abgesehen, nicht durch die Behandlung aus ihrer Verdrängung hervorgeholt, sondern durch dieselbe (erzieherisch) verdrängt werden. Aufklärungsarbeit bei den Heranwachsenden — ja: solche bezüglich aller möglichen Perversitäten — nein.

Ich möchte meine Ausführungen mit dem Wunsche schliessen, dass einer nicht zu fernen Zukunft beschieden sein möge, den Faktor der Sexualität wieder etwas zu verringern, dass es uns gelingen möge zu einer einheitlicheren Auffassung vorzudringen, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun, dass nicht nur verlangt wird, wir mögen von Freud, Jung und Stekel lernen, sondern dass auch diese in eine ernste Kritik der gegnerischen Anschauungen eintreten.

Dass Freud, der «in den hysterischen Symptomen den Ausdruck ihrer (der Hysterischen) geheimsten, verdrängten Wünsche sieht» (natürlich der sexuellen Wünsche) nicht anders kann, als in der Analyse «diese Intimitäten aufzudecken und ihre Geheimnisse zu verraten», ist eine richtige Folgerung. Aber (wie ich in meinem ersten Referat 1907 ausführte) die Prämissen sind unrichtig, beziehungsweise lange nicht für alle Fälle zutreffend. Aber selbst wenn dies wäre, blieben noch die ernsten Bedenken, ob eine Behandlungsmethode gerechtfertigt ist, die ein zuweilen monatelanges Hinlenken der Aufmerksamkeit auf sexuelle Erlebnisse oder

Pseudoerlebnisse im Wachen und Träumen notwendig macht. Wäre — wie Aschaffenburg so richtig hervorhob — diese Methode die einzige, die zum Ziele führt, «so müsste sie ebenso angewendet werden, gerade wie wir die bitterste Medizin verordnen, wenn wir von ihrer guten Wirkung überzeugt sind, wie wir auch eine verstümmelnde Operation vornehmen, falls sie die Erhaltung des Lebens gewährleistet».

Freuds Methode der Hysteriebehandlung aber verstümmelt (ihm sicherlich unbewusst, sonst würde er sie nicht anwenden) sittlich selbst die «wissenden» Hysterischen. Wenn Freud den Satz aufstellt, dass bei keiner Hysterie Gedankenunschuld und bei keiner die Gefahr besteht, ein unerfahrenes Mädchen zu verderben (im «Bruchstück einer Hysterie-Analyse»), so gehört dieser zu einer der vielen Behauptungen, für die er bisher den Beweis schuldig blieb, und es wäre im eigensten Interesse unserer Kranken besser, solche Verallgemeinerungen zu vermeiden. Es ist doch (trotz Sadger) misslich, einer Krankheit ein Siegel aufzudrücken, derart, *dass mit der Diagnose Hysterie sittliche Verderbtheit festgestellt wäre.* Dies aber ist die Konsequenz — gewiss nicht für uns Ärzte aber für die Laien — die dank den Arbeiten einzelner Anhänger Freuds genügend auf seine «Lehre» aufmerksam gemacht worden sind. *Hätte aber selbst jede Hysterie ein derartiges «Wissen», dann darf sie von jedem eher darüber befragt, und über ihr unklar gebliebene Perversitäten aufgeklärt werden, als von ihrem Arzt.* Jedenfalls kann ich mir denken, dass es Eltern gibt, die ihre Töchter lieber lebenslang hysterisch, als einer derartigen sexuellen Psychoanalyse überantwortet sehen möchten, die bis zu Jahren (!) dauert.

Ich möchte in folgende Sätze den Inhalt meines Referates zusammenfassen:

1. *Eine kausale, auf alle Fälle von Hysterie anwendbare Therapie besitzen wir nicht.*

2. *Die kathartische (Abreaktions-) Methode von Breuer-Freud ist theoretisch für die Psychologie der Hysterie sehr fruchtbar gewesen; praktisch gilt sie für gewisse traumatische Hysterien, die durch diese Methode geheilt werden können. Jungs u. a. Assoziationsstudien haben jedenfalls grossen Anspruch auf kritische Beachtung in psychologischer Hinsicht.*

3. Die psychoanalytische Methode ist sicherlich nicht das einzige Mittel, um Hysterien (nebenbei erwähnt Zwangvorstellungen, Neurasthenien usw.) günstig zu beeinflussen; soferne sie mit dem detaillierten Eingehen auf sexuelle Angelegenheiten und Perversitäten verknüpft ist, wird sie mit Recht von vielen Autoren abgelehnt.

4. Die psychische Behandlung, wie sie von jedem erfahrenen Nicht-Freudschüler angewendet wird, erreicht, ohne schaden zu können, das Gleiche, wie die sexuelle Psychoanalyse, unterstützt kann oder muss sie werden, je nach der Art des Falles, durch die für die Behandlung aller funktionellen Neurosen und Psychosen geltenden allgemeinen therapeutischen Massnahmen. (Abhärtung, Erziehung zur Arbeit, Hydro-Elektro-medikamentöse, Ernährungs-Therapie usw. unter Umständen Hypnose.)

5. Gegen das Vorgehen jener Autoren, die in nichtwissenschaftlichen Organen bei der Laienwelt, die nicht in der Lage ist, nachzuprüfen, für eine Behandlungsmethode Propaganda machen, die besten Falls unbewiesen und von vielen Seiten völlig abgelehnt ist, muss nachdrücklich Verwahrung eingelegt werden.

Die nervösen und psychischen Störungen bei Arteriosklerose.

Von Professor Dr. A. CRAMER, Geheimen Medicinalrate in Göttingen.
(Aus der königlichen Universitätsklinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen.)

Wie bei jeder Erkrankung, so ist auch bei der Arteriosklerose des Zentralnervensystems die Kenntnis der Frühsymptome von ausserordentlich wichtiger Bedeutung, denn nur bei rechtzeitiger Erkenntnis der Krankheit ist ein therapeutischer Erfolg zu erwarten. Da es bei genau beobachteten Fällen nicht vorkommt, dass sich ohne prämonitorische nervöse Symptome auf dem Boden der Arteriosklerose eine psychische Störung entwickelt, will ich mich zunächst mit den nervösen Störungen der Arteriosklerose beschäftigen, und erst später auf die psychischen Störungen eingehen.

Bei der Diagnose der Arteriosklerose spielt auch das Alter und das Vorleben eine Rolle. Ich muss das betonen, wenn wir auch im allgemeinen wenig sicheres über die Ätiologie der Arteriosklerose wissen. (Vergleiche: die Referate von ROMBERG und MARCHAND auf dem Kongress für innere Medizin in Wiesbaden im Jahre 1904.)

Die meisten Fälle von Arteriosklerose des Zentralnervensystems treffen wir zwischen den 45-sten und 65-sten Lebensjahre. Unter den Patienten sind viele, welche ein Leben voller Aufregungen, Anstrengungen und Strapazen hinter sich haben. Dabei können alkoholische Exzesse und Tafelfreuden, namentlich auch Vielesserei eine Rolle spielen. Auch übertriebene sportliche Betätigung kommt in Betracht. Häufig sind es sogenannte Kraftnaturen, die der Krankheit zum Opfer fallen. Allerdings können immer wieder Fälle vorkommen, wo alle diese Momente nicht besonders hervortreten und man auf eine angeborene geringere Widerstandsfähigkeit des Gefässystemes hingewiesen wird, wenn man das Auftreten der Arteriosklerose verstehen will. Eine derartige endogene Disposition wird auch von den meisten Forschern, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, betont.

Wenn wir unsere Fälle nach den Berufsarten und Ständen betrachten, so stellen das Hauptkontingent Wirte, Schauspieler, Offiziere, Kommerzienräte, welche in vielen Aufsichtsräten sitzen, Beamte, welche viele repräsentative Verpflichtungen in Verbindung mit häufigen Aufregungen durch den Beruf haben und nicht wenige unter unseren nervösen Unfallerkrankungen in der oben angegebenen Altersbreite.

Unter den nervösen Symptomen müssen wir unterscheiden zwischen Allgemein- und Lokalsymptomen.

Die *Allgemeinsymptome* gehen den deutlicher ausgeprägten nervösen Erscheinungen oft lange voraus. Die charakteristischten sind die ominöse Trias, *Schwindel, Kopfschmerz und Abnahme des Gedächtnisses*.

Das Symptom, welches allarmierend wirkt, wenigstens bei solchen Patienten, welche einigermassen auf sich achten, ist der Schwindel, wenn auch der Kopfschmerz meist das Symptom ist, dass allen den beiden anderen der Trias vorauseilt.

Der *Kopfschmerz* wird verschieden geschildert, bald sind es anfallsweise auftretende bohrende Schmerzen an bestimmter Stelle, bald zeigen sich nur nach geistigen Anstrengungen, früher nicht gewohnte «dumpfe» Kopfschmerzen, bald fühlen die Kranken deutlich, wie ihnen nach einer Aufregung ein Stich durch den Kopf fährt, der lange anhält, bald ist dauernd, bald schwankend ein diffuser oder lokalisierter Schmerz vorhanden, der die Arbeit erschwert und unter Umständen den Schlaf raubt. Manchmal bringen die Kranken auch das Auftreten des Kopschmerzes von der Art der Nahrungsaufnahme und von einer gewissen Stuhlträgheit, einem gewissen Gefühl von Völle in den Bauchorganen oder von Blutandrang nach dem Kopf in Abhängigkeit. Dieser Kopfschmerz kann, wenn therapeutisch nichts geschieht, wochen- und monatelang anhalten und den Kranken ausserordentlich lästig fallen.

Scharf, wie durch einen Blitz wird das ganze Bild beleuchtet für den, der nur sehen will, wenn zu diesen hartnäckigen Kopfschmerzen, mögen sie nun auftreten wie sie wollen, ein ausgesprochener *Schwindelanfall* sich hinzugesellt.

Bei diesem Schwindel handelt es sich um einen echten Drehschwindel, der Kranke muss sich festhalten, er hat Neigung zu fallen, oft wird er leichenblass dabei, ja manchmal in besonders schweren Fällen stürzt der Patient auch zu Boden.

Ja man kann manchmal zweifelhaft sein, ob man nicht die erste Attaque einer arteriosklerotischen Spätepilepsie vor sich hat.

In allen diesen Fällen muss man immer damit rechnen, auch gelegentlich einen Neurastheniker oder einen endogen nervösen Hypochonder vor sich zu haben, der uns auch von Schwindel spricht, in Wirklichkeit aber nur einen der bekannten nervösen Schwächeanfälle hat, wie sie bei Nervösen häufig vorkommen und als Schwindel gedeutet werden.* Ebenso muss man auch die Schwindelanfälle ausschliessen, *welche durch Ohrerkrankungen bedingt sind, man muss also genau examinieren, wenn man vor Fehlschlüssen bewahrt bleiben will.*

Diese echten Schwindelanfälle zeigen sich in verschiedener Häufigkeit, im Anfang selten, alle paar Monate auftretend, können sie in besonders schweren Fällen mehrmals täglich sich zeigen. Auch sind sie meist von wechselnder Intensität.

Weisen Kopfschmerz und Schwindel wirklich auf Arteriosklerose hin, so fehlt auch meist die *Abnahme des Gedächtnisses nicht.*

Im Anfang hat die Gedächtnisschwäche wenig Charakteristisches. Die Kranken klagen lediglich darüber, dass ihnen manchmal ein Name nicht einfällt, dass sie sich auf ein Wort nicht besinnen können und geben an, dass das häufiger als früher sei und zunehme. In ausgeprägteren Fällen kommt dazu, dass sie namentlich bei öffentlichem Auftreten, während sie früher gute Redner waren, den Faden der Rede verlieren und nicht weiter können. Ich habe Fälle gesehen, wo solche Erscheinungen jahrelang dem Ausbruch der übrigen Erscheinungen vorausgingen. Bei schwereren fortgeschrittenen Fällen kann es dann zur Ausbildung des amnestischen Symptomenkomplexes kommen. (Verlust des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit und Konfabulation.) Meist allerdings besteht lediglich die Erscheinung, dass die jüngsten Erlebnisse ausserordentlich wenig und kurz haften bleiben. Es passiert deswegen, den Patienten auf der Bahn und in den Hôtels nicht selten, dass sie sich nicht mehr in ihr Abteil oder in ihr Zimmer zurückfinden können. Namentlich geraten sie leicht in Verlegenheit, wenn es im Verkehrsleben gilt, sich Nummern

* In meinem Buche über Nervosität habe ich 7 Varietäten von nervösen Schwindel beschrieben.

zu merken. Sie schreiben sich auch Alles, was sie behalten wollen auf, und sind ohne diese Notizen nur schwer im Stande, eine genauere Anamnese anzugeben. Meist kommt deshalb die Frau oder ein anderer Verwandter mit, um zu berichten.

Ein charakteristisches Allgemeinsymptom, das wir fast in allen ausgeprägteren Fällen mehr oder weniger deutlich ausgesprochen finden, ist schliesslich noch die *Rührseeligkeit*. Wie bei jeder organischen Gehirnerkrankung, häufig auch im Alter und seltener bei schwer endogen disponierten Fällen, so beobachten wir auch bei unseren Arteriosklerotikern, dass sie sehr leicht gerührt, ja zu Tränen gerührt werden. Sie ärgern sich oft über diese Eigenschaft, die sie früher nicht kannten und kommen deswegen in unsere Sprechstunde, weil sie bei allen möglichen und unmöglichen Gelegenheiten schluchzen und in Tränen ausbrechen müssen. Es passiert ihnen das im Theater, während dem öffentlichen Sprechen, in der Familie und im Dienst in ausserordentlich störender Weise.

Differenzialdiagnostisch kann natürlich dieses Symptom allein ebensowenig, wie die anderen in Betracht kommen, es kann uns nur aufmerksam machen, genauer zuzusehen. Ausgeprägtes Frühsymptom ist die Rührseeligkeit seltener.

Als weitere Allgemeinsymptome, die aber nicht so konstant sind, wie die bisher erwähnten Erscheinungen, kommen noch mehr in Betracht. Zunächst ein zeitweise auftretendes, mehr oder weniger ausgeprägtes *Eingenommensein des Kopfes*, das sich manchmal fast einer Benommenheit nähert. Ferner leichte *Zustände* von *Depression* und *Schwarzseherei*, die im früheren Leben sich nicht gezeigt haben, sehr selten sind mehr euphorische Zustände. Häufiger aber finden wir, dass sich die gesammte *Individualität* des Patienten insofern *verändert*, als er stumpfer und gleichgültiger wird. Sein Interesse lässt nach. Ebenso seine geistige Beweglichkeit.

Der *Schlaf* verhält sich in den einzelnen Fällen sehr verschieden. Manchmal geht eine quälende Schlaflosigkeit lange Zeit voraus, manchmal sind, wie wir später sehen werden, die Kranken förmlich schlafsüchtig. Häufig berichten uns auch die Patienten oder ihre Angehörigen, dass sich ihre *Toleranz dem Alkohol* gegenüber völlig verändert habe, dass sie nicht einmal mehr ein Glas Wein vertragen können und bei solchen

Gelegenheiten bei Genuss geistiger Getränke auffallen, was früher nie vorgekommen sei. In selteneren Fällen erfahren wir auch, dass sie immer *egoistischer* geworden seien. Dass sie nur noch an sich denken und für nichts mehr Interesse haben. Ist dies Symptom sehr ausgeprägt, so sehen wir, dass oft alles andre gegenüber diesem krassen Egoismus lange Zeit zurücktritt. Die Kranken sprechen nur von sich und sind nur interessiert, wenn von ihnen die Rede ist. Es ist ihnen kaum möglich einer Unterhaltung zu folgen, welche sich nicht mit ihnen beschäftigt.

In anderen Fällen sehen wir, dass sich eine stärkere *Reizbarkeit* einstellt, nicht nur gegen Licht- und Schallreize, sondern namentlich auch gegenüber den kleinen Ereignissen und Ärgernissen des alltäglichen Lebens. In wieder anderen Fällen stellt sich ein übertriebener Hang zur Sparsamkeit ein, ohne dass etwa von Verarmungsideen gesprochen werden kann. In solchen Fällen haben namentlich, wenn gleichzeitig noch eine gesteigerte Reizbarkeit besteht, die Frau und die erwachsenen Kinder ganz besonders zu leiden.

In selteneren Fällen können auch frühzeitig die ethischen Vorstellungen zurücktreten, die Patienten werden verlogen und wissen namentlich, wenn *sexuelle Begehrlichkeiten* auftreten, mit grossem Geschick ihren *sexuellen Abenteuern* das Deckmäntelchen christlicher Liebe und Barmherzigkeit umzuhängen. Oft wissen nur die Angehörigen, was für ein laszives Leben der Patient im Geheimen führt. Nähert sich dieser Zustand mehr der arteriosklerotischen Psychose, dann fällt die letzte Kritik und Zurückhaltung und es kommen in solchen Fällen die strafrechtlich zu verfolgenden *Sittlichkeitsvergehen* und *Schamverletzungen.*

Alle diese Fälle, welche glücklicher Weise, wie schon betont, selten sind, machen so lange ausgesprochene psychische Störungen noch nicht nachweisbar sind, grosse Schwierigkeiten in der forensischen Beurteilung.

Wir sehen also, dass sehr gelegentlich Züge aus der später zur Entwicklung gelangenden Psychose als Frühsymptom und Allgemeinsymptom die nervösen Störungen der Arteriosklerose komplizieren können.

Auch sei hier nochmals ausdrücklich betont, *dass jedes Allgemein- und Lokalsymptom gelegentlich Frühsymptom sein kann.*

Unter den *Lokalsymptomen* kommen vor allen Dingen Erscheinungen in Betracht, welche als Ausfalls und als Reizersymptome gedeutet werden müssen, kurz gesagt, Stigmata, welche auf eine Neuronerkrankung hinweisen.

Nicht selten habe ich hier als Frühsymptom eine *auffallende Verlangsamung* der Sprache gesehen. Ich meine nicht eine Erschwerung der Sprache, sondern lediglich einen langsameren Ablauf des Sprachvorganges. Während normaliter zwischen 200 und 300 Silben in der Minute gesprochen werden, sinkt in diesen Fällen die Silbenzahl auf hundert und sogar auf 80. Bei Patienten, welche häufig in der Öffentlichkeit sprechen müssen, sind es gewöhnlich die Stenographen, denen die Verlangsamung im Sprechen, welche sie als Wohltat empfinden, auffällt. In mehreren Fällen habe ich dieses Symptom mehrere Jahre dem Auftreten anderer Symptome vorausgehen sehen. Begreiflicher Weise ist diese Erscheinung an und für sich, wenn nicht noch andere Symptome vorhanden sind, zunächst noch nicht von der langsamen Sprache des bedächtigeren Alters zu unterscheiden.

Häufig gesellt sich dazu noch, namentlich in den ausgesprocheneren Fällen eine *Erschwerung und ein Undeutlichwerden der Sprache.*

Ohne dass eine ausgesprochene artikulatorische Sprachstörung vorhanden ist, wird die Sprache verwaschen, es stellt sich ein leichtes Tremolieren ein, namentlich die letzten Worte und Silben eines Satzes werden undeutlich und zum Teil verschluckt. Diese Erscheinungen fallen umsomehr auf, wenn sich damit zugleich, wie das häufig ist, eine Verlangsamung der Sprache verbindet.

Meist ist damit auch verbunden ein mehr oder weniger ausgeprägtes *Mitflattern* der *Gesichtsmuskulatur*, ganz ähnlich, wie wir es bei der progressiven Paralyse, bei anderen organischen Gehirnerkrankungen und bei starker Erschöpfung sehen können.

Sehr wichtig sind auch die *Veränderungen an den Pupillen.* Es handelt sich um eine *Trägheit der Pupillenreaktion*, wie wir sie so ausgeprägt in der betreffenden Alterbreite sonst nicht zu sehen bekommen. Meist ist dabei nicht nur die Reaktion auf Lichteinfall, sondern auch die auf Akkomodation betroffen.

Fälle, bei denen Pupillen tadellos reagieren, sind sehr

selten. Weniger häufig sehen wir verzogene oder nicht ganz runde Pupillen.

Karakteristisch ist für diese Pupillenstörungen nicht nur das gleichzeitige Bestehen einer trägen Reaktion oder in selteneren Fällen sogar Starre auf Lichteinfall und Akkomodation, sondern vor allem auch, wie Weber[1] mit Recht betont, das Schwanken in der Intensität der Erscheinungen.

Die Reaktion der Pupillen kann nicht nur im Verlauf von Wochen und Monaten sich verschieden verhalten, sondern auch an einem und demselben Tage zu verschiedenen Stunden ein ganz verschiedenes Verhalten zeigen.

Gar nicht selten sieht man auch frühzeitig eine Differenz in der *Facialisinnervation*. Allerdings muss man sich hier hüten, wenn man dem Symptom eine diagnostische Bedeutung zuweisen will, der Verwicklung mit einer angeborenen Facialisparese zum Opfer zu fallen. Sehr ausgeprägt sind diese Paresen im Anfang meistens nicht, sondern nur angedeutet, erst im weiteren Verlauf der Krankheit, wenn stärkere cererbale Insulte stattgefunden haben, markieren sie sich deutlicher.

Andere *Gehirnnervenlähmungen* sind selten. Gelegentlich kommen auch als Frühsymptom *Augenmuskellähmungen* vor, manchmal direkt in Gestalt einnr Ophthalmoplegie, wie sie seinerzeit von Siemerling und Boedecker beschrieben worden ist. Am häufigsten beobachtet man nach meinen Erfahrungen flüchtige und allmählich konstanter werdende Abduzensparesen.

Die *Reflexe* sind meistens gesteigert. Was speziell das Kniephänomen betrifft, so kann unter Umständen, wenn auch selten, ein differentes Verhalten vorkommen, ja es kann auch fehlen. Die Befunde, welche Westphal in diesem Frühjahr auf der Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie demonstrierte, lassen dieses eigentümliche Verhalten verstehen. Denn wenn die Arteriosklerose im Rückenmark herdförmige Erkrankungen hervorrufen kann, die in ihrer Verteilung durchaus denen der multiplen Sklerose ähnlich sind, wie die Unter-

[1] Weber. Zur Klinik der arteriosklerotischen Seelenstörung. Ziehens Monatschrift. Bd. 23. Erg. H. 4. 175. — *Derselbe*. Arteriosklerotische Verstimmungszustände. Münchener med. Wochenschrift, 1904 Nr. 30. Ebenda auch Literatur.

suchungen von Westphal bestimmt erweisen, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass wir auch entsprechende Symptomenkomplexe klinisch auffinden müssen. Wiederholt sind an meiner Klinik, ohne ausgesprochene Halbseiten-Läsionen oder Monoplegieen isolierte, leicht angedeutete Spasmen, ja sogar isoliertes Auftreten des Babinski beobachtet worden. (Weber.)

Diese Erscheinungen, welche im Anfang nur flüchtig und intermittierend vorhanden waren und erst später konstant wurden, sind zunächst am besten unter dem Gesichtspunkt der von Westphal erhobenen Befunde zu verstehen.

Nicht selten klagen die Kranken auch über allerlei *Parästhesien* und *Schmerzen*, namentlich an den Extremitäten und auch an anderen Teilen des Körpers. Sie haben eigentümliche fremdartige Gefühle an den Händen und Füssen, in den Armen und Beinen. Das Gefühl von Taub- und Pelzigsein, Ameisenlaufen, Spannungen, eigentümliche Kältegefühle und direkt stechende, bohrende Schmerzen werden angegeben. Eine Prädilektionsstelle für sehr unangenehme Schmerzen sind oft die Fersen, ohne dass irgend etwas nachzuweisen ist. Alle diese Erscheinungen können ja auch auf rein nervöser Basis vorkommen, wir dürfen sie erst per Exclusionem, und wenn wir auch andere Symptome der Arteriosklerose nachweisen können, auf unsere in Rede stehende Krankheit beziehen. Dabei macht oft genug noch die Entscheidung Schwierigkeiten, ob wir es lediglich mit einem peripheren arteriosklerotischen Prozess zu tun haben, wie z. B. bei dem intermittierenden Hinken oder mit einem zentralen. Wir müssen es uns überhaupt zum strengen Gesetz machen, dass wir niemals die Diagnose Arteriosklerose stellen, ohne dass wir alle Hülfsmittel der Diagnostik, welche uns die innere Medizin bietet, zu Hülfe nehmen. (Veränderungen am Herzen, Verbreiterung nach links, klappender Aortenton, unreine Töne, Blutdrucksteigerung, gespannter Puls, eventuell entsprechende Nierenveränderungen.)

Oft genug wird die ganze Erscheinungsreihe, welche ich bisher geschildert habe, übersehen, nicht genügend beachtet und ihre Bedeutung nicht gewürdigt. Alsdann sind es die Erscheinungen eines *Insultes*, welche plötzlich den Patienten und seine Umgebung jäh aus ihrer Ruhe emporschrecken. Diese Insulte melden sich manchmal vorher an, indem wieder-

holt leichtere Spannungen und Paraästhesien auftreten, indem die Kopfschmerzen und der Schwindel sich verstärken, indem die Patienten mehr benommen erscheinen, ängstlich sind oder über Schweratmigkeit und Herzbeklemmungen klagen, sie können aber auch gänzlich unerwartet sich zeigen. Sie sind der klinische Ausdruck für die Herderkrankungen des Gehirns, auf welche schon frühzeitig ALZHEIMER und BINSWANGER in ihren klassischen Arbeiten über die Arteriosklerose hingewiesen haben.

Begreiflicher Weise sind die klinischen Allgemein-Erscheinungen verschieden, je nach dem wir Blutungen oder Erweichungen vor uns haben. Ferner sei betont, dass auch Embolien und Thrombosen gelegentlich eine Rolle spielen können. Obschon diese letzteren Verhältnisse für unsere Betrachtungen mehr zurücktreten. Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit erwähnen, dass ich kürzlich einen Fall von arteriosklerotischer Atrophie beoachtet habe, bei dem das Verschwinden ausgeprägter aphasischer Erscheinungen bei der Sektion (BORST) durch Kanalisierung von Thromben aufgeklärt wurde.

Die Blutungen und Erweichungen machen je nach Grösse und Sitz ganz verchiedene Erscheinungen, namentlich Lokalsymptome. Die Allgemeinsymptome sind selbstverständlich bei den Blutungen stürmischere, als bei den Erweichungen. Da aber meist beide Prozesse vereinigt sind, oder doch gleichzeitig in verschiedenen Teilen des Gehirns sich abspielen, erhalten wir häufig sehr gemischte Symptomenkomplexe.

Dass plötzlich starke apoplektische Insulte den Kranken ohne Vorboten überfallen, ist bei der arteriosklerotischen Atrophie selten. Meist handelt es sich zunächst um flüchtige passagere Erscheinungen, leichte, rasch wieder verschwindende Mono- oder Hemiparesen, transitoische, aphasische Erscheinungen, Hemianopsien und Sehstörungen, die rasch wieder verschwinden, auch flüchtiges Doppeltsehen für kurze Zeit und andere ähnliche Symptome. Wenn diese Erscheinungen auch so auftreten können, dass sie gleich konstant bleiben, so ist doch nach meinen Erfahrungen häufiger, dass sie bald kommen, bald gehen, um endlich wenn nicht energisch therapeutisch eingegriffen * wird, konstant zu werden.

* CRAMER A. Die Behandlung der Arteriosklerose. Deutsche med. Wochenschr. 1907.

Wiederholt habe ich Fälle gesehen, wo sich monoplegische oder hemiplegische Erscheinungen mit ausgesprochenen sensorischen Reizerscheinungen verbanden. Hören von Musikstücken, Sehen von mehreren schwarzen Linien, die durch das Gesichtsfeld ziehen, intensive Kältegefühle an bestimmten Stellen des Körpers, namentlich im Gesicht und Nacken der einen Seite.

Findet sich der arteriosklerotische Prozess mehr in Medulla oblongata und Brücke lokalisiert, können die Erscheinungen der progressiven Bulbärparalyse das Krankheitsbild komplizieren, bei noch tieferem Sitz kann auch der Brown-Séquardsche Typus auftreten. Auffällig ist, dass sich gelegentlish der arteriosklerotische Prozess mehr auf einen Teil, oder eine Hälfte des Gehirns beschränkt, in solchen Fällen sind von vornherein konstante Lokalsymptome vorhanden.

Dieses ist mir namentlich in Fällen von *arteriosklerotischer Spätepilepsie* aufgefallen, wenn wir auch diesen Symptomenkomplex bei mehr diffuserer Verbreitung der Arteriosklerose zu sehen bekommen. In einem Falle, bei dem es sich um eine ausgesprochene Spätepilepsie handelte, welche in ihren Anfällen durch ein einleitendes Stadium von Jacksonschem Typus ausgezeichnet war und bei welchem Anfangs lange Zeit Zustände völliger Luzidität mit solchen schwerer Verwirrung abwechselten, um schliesslich einem Zustande dauernder schwerer Benommenheit Platz zu machen, fand ich den hinteren Teil des Stirnlappens, die beiden Zentralwindungen und den vordersten Teil des Scheitellappens der entsprechenden Seite durch Erweichungen verändert.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich bemerken, dass man eine Spätepilepsie nur diagnostizieren darf, wenn ausgesprochene epileptische Anfälle mit Zungenbiss und den anderen klinischen Erscheinungen nachgewiesen sind, dass uns dagegen die Ohnmachtsanwandlungen, ja auch ein gelegentliches Umfallen, wie es bei der Arteriosklerose gelegentlich vorkommt, noch nicht als Spätepilepsie auffassen dürfen. Auch die posthemiplegischen Bewegungsstörungen berechtigen nicht ohne weiteres zu dieser Diagnose.

Die Allgemeinsymptome, welche die Herderscheinungen bei der Arteriosklerose begleiten, sind bekannt. Vermehrtes Auftreten von Schwindel und Kopfschmerzen, Ziehen und Reissen in den Extremitäten, wie Parästhesien an den ver-

schiedensten Stellen des Körpers, Blutandrang nach dem Kopf, Brechneigung, Ohnmachten, Neigung zum Umfallen, Unfähigkeit sich aus dem Bett aufrichten zu können, wegen zu starkem Schwindel, mehr oder weniger schwere Benommenheit, Incontinentia urinæ et alvi, und ähnliches.

Als Begleiterscheinungen kommen noch eine Reihe von anderen Erscheinungen in Betracht, welche weniger von zentralen Veränderungen in Abhängigkeit gebracht werden können. Zunächst die meist konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes Vogt,[1] wenn auch, wie die Untersuchungen Ottos[2] erweisen, bei einer Arteriosklerose der Opticusarterie unregelmässige Ausfälle des Gesichtsfeldes sich einstellen können. Bei der konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes handelt es sich wohl nur um ein Ermüdungs-, oder noch besser gesagt, um ein Verlangsamungs-Symptom. Denn wie die Sprache verlangsamt erscheint, erfolgt auch die Auffassung optischer Eindrücke entsprechend langsamer.

Wichtig sind ferner etwaige Begleiterscheinungen von Seiten des Herzens (Angina pectoris) und Befunde an den peripheren Arterien, welche auf Arteriosklerose hinweisen, sowie das Verhalten des Blutdruckes und der Nieren.

Allerdings muss ich betonen, dass alle Erscheinungen, welche auf eine *periphere Arteriosklerose* oder eine Arteriosklerose in anderen Organen hinweisen, durchaus noch *keinen bindenden Schluss auf das Verhalten der Arterien des Zentralnervensystems zulassen.*

Wir sehen also, dass eine ganze Reihe von nervösen Erscheinungen die Arteriosklerose des Zentralnervensystems begleiten können. Es handelt sich dabei aber meist nicht um einfache Erscheinungen der Nervosität, sondern bei genauerem Zusehen finden wir immer eine ganze Reihe von Ausfalls- und Reizerscheinungen, welche nur auf eine Neuron-Erkrankung organischen Ursprungs zurückgeführt werden können. Einen Neurastheniker, einen endogen nervösen degenerativen Neurastheniker, welcher solche Erscheinungen in grösserer Zahl bietet, gibt es nicht.

[1] Vogt. Gesichtsfeld-Einengung bei Arteriosklerose, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59.

[2] Otto. Sehnervenveränderungen bei Arteriosklerose. Berlin, 1893 bei Springer.

Die Differenzialdiagnose ist deshalb gegenüber den reinen nervösen Zuständen nicht schwer, wenn man nur daran festhält, dass bei der Nervosität Zeichen einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems nicht vorkommen.

Ich kann deshalb auch nicht anerkennen, dass, wie man häufig liest, eine Neurasthenie oder ein anderer nervöser Zustand die Arteriosklerose des Zentralnervensystems einleitet. Untersuchen wir solche nervöse Zustände, welche der Arteriosklerose vorausgehen, genauer, so wird sich, allerdings nicht, wenn wir uns auf eine einmalige Untersuchung beschränken, sondern nur wenn wir öfters untersüchen und genauer beobachten, bald das eine, bald das andere Symptom einstellen, das uns auf die organische Grundlage hinweist, bis allmählich die Diagnose immer deutlicher wird. Ich gehe auf diesen Punkt nicht etwa aus rein doktrinären Gründen ein, sondern deswegen, weil bei frühzeitiger Diagnose unsere Therapie in vielen Fällen durchaus nicht machtlos ist. Beruhigt man sich aber bei der Allgemeindiagnose Neurasthenie, lässt man die Sache gehen, dann kommt gewöhnlich erst die Diagnose Arteriosklerose, wenn es fast oder ganz zu spät ist, wie wir vielfach in unserer Sprechstunde sehen.

Es ist viel weniger gefährlich, einen einfachen Nervösen eine zeitlang für einen Arteriosklerotiker zu halten, als einen Arteriosklerotiker für einen Nervösen. Dabei muss man sich auch darüber klar sein, dass auch gelegentlich ein endogen Nervöser, der zeitlebens nervös war, wenn er in das betreffende Alter kommt, eine Arteriosklerose des Zentralnervensystems bekommen kann. Geradeso, wie auch eine *Tabes*, die langsam verläuft, sich nicht selten mit Arteriosklerose kompliziert.

Ich wende mich jetzt zum zweiten Teil meines Referates, zur Besprechung der *psychischen Störungen bei der Arteriosklerose des Zentralnervensystems*.

Namentlich durch die Untersuchungen ALZHEIMERS, BINSWANGERS, WEBERS und anderer* ist pathologisch-anatomisch sichergestellt, dass die Arteriosklerose im Zentralnervensystem

* BINSWANGER, Die Abgrenzung der progressiven Paralyse. Berliner klinische Wochenschrift. 1894.

BRAMER A., Pathologische Anatomie der Psychosen. Handbuch von SKORTSCH und FLATAU.

und speziell im Gehirn herdweise und diffus auftreten kann, dass beide Verbreitungsmethoden gleichzeitig vorhanden sein können und dass bei herdförmigem Auftreten der Krankheit die grösseren und kleinen Herde und Herdchen mit ihren sekundären Degenerationen schliesslich so zahlreich auftreten können, dass auch diese herdförmige Arteriosklerose das Gehirn in seiner Totalität ähnlich schädigt wie eine diffuse Erkrankung.

Die psychischen Störungen, welche wir beobachten, zerfallen in drei Gruppen:

1. *Zunehmende Abnahme der geistigen Kräfte.*
2. *Leichte und schwerere Depressionszustände.*
3. *Euphorische und Exaltationszustände, selten auch paraoische Symptomenkomplexe.*

Was zunächst den einfachen *Verfall der intellektuellen Fähigkeiten* betrifft, so entwickelt sich derselbe meist langsam und schleichend, namentlich wenn wir die diffuse Form der Gehirnarteriosklerose vor uns haben. Häufig ist der Zustand durch das Vorherrschen schwerer Gedächtnisstörungen charakterisiert. Die Abnahme der Intelligenz erfolgt überhaupt in der Regel nicht gleichmässig, meist bleiben vielmehr einzelne intellektuelle Reste und Inseln noch lange bestehen. (Redepenning.)* Gerade bei solchen Individuen, welche früher durch grosse geistige Überlegenheit und Schlagfertigkeit sich ausgezeichnet haben, sehen wir nicht selten, dass ganze Mechanismen der früheren Redetechnik und der früheren Kampfesweise (z. B. bei Rechtsanwälten) noch übrig bleiben und den Unerfahrenen täuschen, während der Erfahrenere bei genauerem Zusehen leicht feststellen kann, dass es sich nicht um neugebildete Urteile und Schlüsse handelt, sondern lediglich um Reste von erhaltenen früher gebildeten Vorstellungskomplexen, welche mechanisch reproduziert werden. In dieses Gebiet gehören auch die schwachsinnigen Arteriosklerotiker, welche verhältnismässig gut Skat spielen.

Das erste Zeichen der sich ausbildenden geistigen Schwäche ist häufig das *Hervortreten ethischer Defekte* und *moralischer Perversitäten*, welche früher bei dem Patienten nicht aufgefallen oder sicher nicht vorhanden waren.

* Ähnlich wie das Redepenning bei anderen Dementen gefunden hat. Ziehens Monatschrift. Erg. II. Nr. 158, 1908.

Wir sehen in solchen Fällen, dass Männer von bisher tadellosem Ruf, die sich nie das geringste haben zu Schulden kommen lassen, ganz im Gegensatz zu ihrem bisherigen ehrenwerten Verhalten, Betrügereien und Urkundenfälschungen begehen, es mit der ehelichen Treue nicht mehr genau nehmen und ihre Familie nach jeder Richtung vernachlässigen. Kommt dazu noch die oben erwähnte Reizbarkeit in gesteigertem Masse, stellt sich gleichzeitig eine starke Urteilschwäche ein, dann kann das Schicksal der Familie, und das Leben mit dem Vater zusammen geradezu «eine Hölle» darstellen. Dabei haben die Kranken oft noch die Fähigkeit, sich Fremden gegenüber zusammenzunehmen, und namentlich den Laien mit den erhaltenen Intelligenzresten zu täuschen, so dass die Entmündigung und namentlich die Ehescheidung die grössten Schwierigkeiten machen. Ich habe in der 4. Auflage meiner gerichtlichen Psychiatrie diese Verhältnisse eingehend erörtert und die Wege angegeben, welche uns das Gesetz zur Verfügung gestellt hat, um noch schlimmeres Unheil zu verhüten.

Zur Diagnose verhelfen uns in diesen Fällen nur eine genaue neurologische Untersuchung, exakte klinische Beobachtung und die moderne Intelligenzprüfung, wenn sie nicht zu schematisch angewandt wird. Es kommen hier die Methoden in Betracht, wie sie Rieger, Ziehen, Sommer und ich selbst angegeben haben und wie sie auch in der oben zitierten Arbeit von Redepenning geschildert worden ist.

Weniger Schwierigkeiten macht uns die Diagnose der Krankheit in diesen *allerersten Stadien der psychischen Erkrankung*, wenn der allmähliche Verlust des geistigen Kapitals sich von vornherein mit einer zunehmenden Stumpfheit und Indolenz auf intellektuellem und affektivem Gebiete verbindet. Es kommt hier höchstens die Differenzialdiagnose der progressiven Paralyse gegenüber in Betracht, auf die ich erst später eingehen will. Manchmal verbindet sich mit diesen Zuständen auch eine auffällige Schlafsucht. Die Kranken schlafen, wenn man sie allein lässt, wenn die Anregung von aussen fortfällt, sofort ein und machen manchmal auch in wachem Zustande einen somnolenten, benommenen, ja fast soporösen Eindruck. Die Fälle sind nicht selten, wo sich der gesamte Symptomenkomplex lediglich unter diesen Erscheinungen abspielt und allmählich zu einem vollständigen geistigen und körperlichen Verfall führt.

Es ist das gewöhnlich auch das Ende der Krankheit, wenn sich häufende Herderscheinungen allmählich das Gehirn diffus schädigen.

Auffallendere psychische Störungen sind in den Fällen, wo die Krankheit von vornherein mit ausgeprägten Herderscheinungen kompliziert ist, selten. Auch möchte ich darauf hinweisen, dass zunächst ein oder sogar mehrere Insulte mit Herderscheinungen, die intellektuelle Leistungsfähigkeit noch nicht in Mitleidenschaft zu ziehen brauchen. Wir dürfen deshalb, wenn in einem solchen Falle nach Jahren die Sektion erweist, dass das gesamte Gehirn durch zahllose kleinere und grössere Herde diffus geschädigt ist, den Schluss ziehen, dass auch bereits nach den ersten Insulten eine derartige diffuse Schädigung mit entsprechender Beeinträchtigung der Intelligenz bestanden habe. Soll das angenommen werden, dann müssen auch die entsprechenden, eben geschilderten klinischen Erscheinungen vorliegen.

Diese Tatsache ist bei der Frage nach der Geschäfts- und Testierfähigkeit in solchen Fällen wichtig.

Die häufigste psychische Anomalie, die man auf dem Boden der Arteriosklerose beobachtet, sind die *Depressionszustände.*

Sie leiten sich nicht selten durch ein hypochondrisches Stadium ein. Die Kranken leiden, wie das auch Weber hervorhebt, schwer unter der Furcht, unheilbar krank zu sein, sie gehen von einem Arzt zum anderen und lassen sich untersuchen, sie machen sich namentlich Sorgen wegen ihres Stuhlganges und der Urinentleerung, sie denken an eine frühere Infektion und sprechen von Gehirnerweichung, andere wieder halten sich für übelriechend, für giftig für die Umgebung, ein sehr feingebildeter Mann meiner Praxis beklagte sich bei mir im Beginn seines Depressionszustandes, er esse unappetitlich und könne deshalb nicht mehr unter Menschen gehen. Überhaupt leitet häufig eine ausgeprägte Menschenscheu eine Neigung, sich zurückzuziehen in Verbindung mit einem starken Insuffizienzgefühl den eigentlichen Depressionszustand ein. Gewöhnlich wird der Depressionszustand noch verstärkt, wenn die Patienten von Unglücksfällen betroffen werden. Aber auch ohne solche äusseren Ereignisse nimmt die Verstimmung rasch zu und kann sich bis zur Verzweiflung steigern. Selbstmordversuche sind in diesem Stadium nicht selten und

führen die Kranken in die geschlossenen Anstalten, während sie bis dahin in offenen Kuranstalten und Sanatorien oder in Kurpfuscher-Instituten verpflegt worden sind.

Oft, aber durchaus nicht immer, äussern die Kranken dabei starke Angst und machen sich die stärksten Selbstvorwürfe oder äussern hypochondrische Ideen, ähnlich wie sie Paralytiker im Depressionsstadium vorbringen.

Es liegt nahe hier die *Differenzialdiagnose der Melancholie gegenüber* zu berühren. Denn sicher sind viele dieser Fälle früher unter dem Namen Melancholie gegangen. Bei genauerer Betrachtung fällt uns aber auf, dass bei diesen arteriosklerotischen Depressionen die Kranken im allgemeinen etwas stumpfer erscheinen, dass ihre Äusserungen noch eintöniger als bei der echten Melancholie erscheinen, dass gelegentlich Zustände von Stumpfheit und Benommenheit uns auffallen, und vor allen Dingen, dass bei genauer neurologischer Prüfung stets einzelne Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung mehr oder weniger deutlich ausgeprägt sich finden. Gerade diese *Mischung mit wenn auch nur leicht angedeuteten Symptomen einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems* gibt dem Depressionszustand ein so eigentümliches Gepräge, dass der Sachkundige, der diese Fälle kennt, sofort aufmerksam wird und nach diesen Zeichen fahndet, um zu einer klaren Diagnose zu kommen.

Die Dauer dieser Depressionszustände ist sehr verschieden, es giebt eine ganze Reihe Fälle, welche namentlich wenn rechtzeitig therapeutisch eingegriffen wird, nach einigen Wochen und Monaten sich wieder soweit erholen, dass sie des Aufenthaltes in einer geschlossenen Anstalt nicht mehr bedürfen. Man muss sich aber hüten, diese Rekonvaleszenten bei ungünstigen ausseren Verhältnissen bald wieder in ihren Beruf oder in ihre Familie zurückzuschicken. Denn genesen sind die Kranken nicht, es ist lediglich der Depressionszustand beseitigt, die Arteriosklerose ist geblieben. Sie bedürfen vielmehr noch längerer Behandlung bei möglichster Ruhigstellung des Gehirns.

Sind die äusseren Verhältnisse ungünstig oder stürzt sich der Patient trotz allen Abratens wieder in das Geschäft, dann kommen bald wieder Rezidive oder auch Insulterscheinungen. Erlauben dagegen die Verhältnisse dem Kranken ein ruhiges Leben nach genau ärztlich angeordnetem und über-

wachtem Regime, dann kann die Krankheit für Jahre zum Stillstand kommen und dem Patienten ein Otium cum Dignitate gestatten, das ihn seiner Familie erhält, ihm aber alle energischeren Genüsse des Lebens untersagt. (Wein- und Tafelfreuden, sexueller Verkehr und sportliche Leistungen.) Gerade in den Fällen, wo es den Angehörigen nicht rasch genug geht, wo der Arzt nicht genug erreicht und deshalb der Kurpfuscher zu Rate gezogen wird, sehen wir gewöhnlich einen rapiden ungünstigen Verlauf, sei es dass der Patient zuviel mit kaltem Wasser und Gymnastik und anderen schädlichen Prozeduren traktiert wird, sei es dass er auf der Fahrt nach dem Hochgebirge oder der See an einem heissen Tage der Hitze im Eisenbahnkupee zum Opfer fällt.

Forschen wir nach der Ursache, weshalb wir gerade Depressionszustände bei der Arteriosklerose so häufig sehen, so liegt es nahe, hier an die Beziehungen der Gefässe zu den Affekten zu denken. Denn gerade die Gefässe, welche bei den Affekten besonders in Betracht kommen, die Arterien sind es, welche erkrankt sind.[1] Ich möchte hier auch auf eine Publikation von Rosenfeld[2] hinweisen, der andeutet, dass in einzelnen seiner Fälle von vasomotorischer Neurose auch eine Arteriosklerose in Betracht kommen kann, und betonen, dass Weber mit Reves hervorhebt, dass in vielen Fällen von Arteriosklerose eine ausgesprochene Gefässbelastung besteht.

In der dritten Gruppe von psychischen Störungen, welche ich abgegrenzt habe, finden wir *euphorische und Exaltationszustände sowie paranoische Symptomencomplexe.*

Bei dieser Gruppe finden wir häufig, wie das auch Weber kürzlich wieder betont hat, dass die individuelle psychische Veranlagung ins Krankhafte verzerrt und gesteigert zum Ausdruck kommt.

Ich habe eine ganze Reihe von Fällen gesehen, wo auf degenerativem Boden von jeher eine sehr leichte Lebensauffassung bestanden hat und namentlich das Jagen nach dem Genuss zur obersten Richtschnur alles Handelns gemacht worden war. Hier musste, als infolge der Arteriosklerose das

[1] A. Cramer, Zur Theorie der Affekte. Göttingen 1908 bei Kästner.

[2] Rosenfeld, Vasomotorische Neurose. Zentralblatt f. Nervenheilkunde 1909 Nr. 37.

Können nachliess, das Reden und Renomieren namentlich über sexuelle Abenteuer die Wirklichkeit ersetzen.

Die Kranken wurden mit dem Auftreten einer gewissen Euphorie immer lasziver in ihren Reden, nahmen auf Frau und erwachsene Töchter nicht die geringste Rücksicht, trieben sich mit den Damen vom horizontalen Metier in breitester Öffentlichkeit herum, ruinierten sich, ähnlich wie ein beginnender Paralytiker, Stellung und Ansehen vollständig. Auch später während der Anstaltsbehandlung trat die Parallele mit der Paralyse in zeitweise auftretenden Grössenideen deutlich hervor. Charakteristisch ist ferner in diesen Fällen eine zeitweise auftretende Sucht zum Renomieren. Gerade diese Kranken sind häufig Menschen, denen im früheren Leben der Schein immer über das Sein ging. Weber hat charakteristische entsprechende Fälle aus meiner Klinik mitgeteilt. Charakteristisch ist auch für die Kranken dieser Gruppe, *dass der Prozess in Remissionen verläuft*, dass ruhigere Intervalle kommen, dass die Angehörigen sich täuschen lassen und eine Genesung annehmen und dass draussen sehr bald wieder eine neue Exazerbation einsetzt.

Die *paranoischen Symptomenkomplexe* kennzeichnen sich meistens in einem immer mehr sich steigernden Misstrauen gegen die nächste Umgebung und speziell gegen die Angehörigen. Allmählich wird aus dem gesteigerten Misstrauen die Wahnidee der Verfolgung, denen entsprechend die Kranken reagieren. In selteneren Fällen werden diese Verfolgungsideen auch durch entsprechende Sinnestäuschungen namentlich durch Gehörstäuschungen unterstützt. In zwei Fällen sah ich bei Patienten, welche bisher psychische Störungen noch nicht hatten erkennen lassen, plötzlich Gehörstäuschungen auftreten, welche die Patienten lebhaft beunruhigten, sie ganze Unterhaltungen, ähnlich wie Alkoholiker über sich hören liessen und zu energischen Abwehrmassregeln veranlassten. Im einem Falle Anzeige an die Staatsanwaltschaft gegen den vermeintlichen Urheber, im anderen Falle Forderung des vermeintlichen Beleidigers auf Pistolen. Diese halluzinatorischen Attacken traten anfangs nur selten, oft nur für ein bis zwei Stunden in einer Woche auf, um dann allmählich häufiger zu kommen.

Länger dauernd bestanden sie aber nie. Es kamen immer wieder Intervalle, in denen die Kranken völlig objektiv über

diese Erscheinungen urteilten. Beide Fälle erlitten später, das heisst nach einigen Monaten eine Reihe von Insulten, welche rasch ihre Intelligenz stark reduzierten.

Überhaupt ist der weitere Verlauf vieler Fälle von psychischer Störung von Arteriosklerose dadurch charakterisiert, dass schliesslich namentlich apoplektische Insulte, welche in grösserer Zahl auftreten, rasch Verblödung herbeiführen.

An Stelle der Insulte können auch Reizerscheinungen auftreten, welche manchmal, ähnlich wie bei dem paralytischen Anfall, den Jaksonschen Typus zeigen. Ferner können dauernde aphasische Zustände und Heminanopsien das Krankheitsbild komplizieren. Auch interkurrente Zustände schwerer Benommenheit, welche mit Fieberbewegungen einhergehen, können auftreten.

Ich habe bisher wiederholt auf Ähnlichkeiten und Parallelen mit der progressiven Paralyse hingewiesen. Es wird zum Schluss noch meine Aufgabe sein, zu untersuchen, ob es uns heute möglich ist, *die progressive Paralyse von den psychischen Störungen bei arteriosklerotischer Atrophie zu trennen?*

Wenn es auch Fälle gibt, bei denen man lange Zeit zwischen den beiden Diagnosen schwankt, so glaube ich doch, dass man im allgemeinen diese Frage bejahen kann. Was zunächst die Krankheitsdauer betrifft, so ist namentlich das nervöse Prodromalstadium meist erheblich länger als das der progressiven Paralyse, auch sind, so lange diese nervösen Beschwerden ohne ausgesprochene psychische Störungen bestehen, bei der Paralyse immer einige der körperlichen Kardinal-Symptome mehr oder weniger deutlich markiert vorhanden, ganz abgesehen davon, dass sich auch eine ausgesprochene Charakterveränderung in der Regel viel deutlicher, früher und ausgeprägter bei der progressiven Paralyse markiert als bei der Arteriosklerose. Die Krankheit trifft bei der Paralyse viel eher den Kern der ganzen Persönlichkeit. (Weber.)

Finden sich bei der Ateriosklerose sehr frühzeitig Pupillenveränderungen, so ist im Gegensatz zur progressiven Paralyse meist charakteristisch, dass fast gleichzeitig die Reaktion auf Lichteinfall und Akkomodation nachlässt (Weber) und dass verhältnismässig erst spät eine totale Starre eintritt.

Im Gegensatz zur Paralyse setzt die Krankheit meist in einem höheren Alter ein, auf einem Boden, bei dem sehr

häufig eine degenerative Veranlagung und eine starke Gefässbelastung (Weber) besteht. Auch verläuft die Arteriosklerose des Zentralnervensystems vielmehr in Schwankungen als die progressive Paralyse. Wenn auch bei beiden Remissionen vorkommen können, so sind sie doch bei der Paralyse häufiger.

Die Wassermannsche Serumreaktion kann aus dem Blute auch bei der arteriosklerotischen Atrophie positiv sein, wenn der Träger der Atrophie früher eine Lues durchgemacht hat. Sie ist aber aus der Spinalflüssigkeit ebenso wie die Nonnesche Reaktion so gut wie nur bei der Paralyse und Tabes und in einigen Fällen von Hirnlues positiv. *Wir haben also in der Wassermannschen Serumreaktion der Spinalflüssigkeit ein gutes differenzialdiagnostisches Moment, um die Arteriosklerose des Zentralnervensystems von der progressiven Paralyse zu trennen.**

In Betracht kann nur noch die Lues *Cerebrospinalis* kommen. Aber auch sie ist meist ohne Schwierigkeiten durch die Reaktion auf die spezifische Therapie abzutrennen, ganz abgesehen davon, dass in ausgeprägten Fällen die Diagnose an und für sich keine Schwierigkeiten macht.

Wir haben also gesehen, dass die Arteriosklerose des Zentralnervensystems in wohl umschriebenen Krankheitsbildern sowohl auf nervösem als psychischem Gebiete klinisch zum Ausdruck kommt.

Die Kenntnis dieser Krankheitsbilder ist nicht nur von klinisch-wissenschaftlichem Interesse, sondern auch praktisch von grosser Bedeutung, weil bei möglichst frühzeitiger Diagnose durch eine entsprechende Therapie die Krankheit in nicht wenigen Fällen zum Stillstand gebracht werden kann und sozialer und materieller Schaden für den Patienten und die Angehörigen vermieden wird.

* Eichelberg und Pförtner, Die praktische Verwertbarkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden des Liquor cerebrospinalis für die Diagnostik des Geistes- und Nervenkranken. Ziehens Monatschr. Bd XXV, p. 485.

XVIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(BUDAPEST: AOÛT—SEPTEMBRE 1909)

SECTION XII:

PSYCHIATRIE

COMMUNICATIONS

Die Behandlung der progressiven Paralyse.

Von WAGNER v. JAUREGG.

Der Frage der Heilbarkeit der progressiven Paralyse stehen, trotz der ziemlich umfangreichen Kasuistik über einzelne Fälle von Heilung, namhafte Autoren recht skeptisch gegenüber. Ich zitiere z. B. ZIEHEN, KRAEPELIN, KRAFT-EBING-OBERSTEINER.

Der Einwand, der gegen viele der mitgeteilten Fälle erhoben wird, dass es sich nicht um Heilung, sondern nur um eine langdauernde Remission gehandelt habe, ist aber, wenn man sich nur auf den praktischen Standpunkt stellt, von geringem Belange. Denn wir lassen uns doch auch auf anderen Gebieten der Pathologie durch die Möglichkeit einer Rezidive nicht davon abhalten, von Heilung zu sprechen.

Und die Fälle, in denen im Verlaufe einer sichergestellten progressiven Paralyse Remissionen von sehr langer Dauer und grosser Vollständigkeit, z. B. mit Wiederkehr der Berufsfähigkeit, beobachtet wurden, sind zahlreich genug. Ich verweise z. B. auf die Zusammenstellung dieser Fälle, die v. HALBAN vor einigen Jahren in den Jahrbüchern für Psychiatrie gegeben hat. Jeder Psychiater von einiger Erfahrung wird übrigens eine Anzahl solcher selbsterlebter Fälle in Erinnerung haben. Zwischen solchen langdauernden und vollständigen Remissionen einer Krankheit und ihrer Heilung ist aber nur ein gradueller Unterschied.

Die Erwägung dieser Tatsache muss uns veranlassen, dass wir uns immer wieder die Frage vorlegen, ob wir nicht durch ärztliches Handeln die günstigen Wandlungen im Krankheitsprozesse herbeiführen könnten, die gelegentlich ohne unser Zutun sich vor unseren Augen abspielen.

Die Auffassung der progressiven Paralyse als einer ausschliesslich auf luetischer Grundlage beruhenden Erkrankung, die fast schon allgemein gebilligt wird, muss dazu führen, dass die Frage der antiluetischen Behandlung der progressiven Paralyse wieder eingehend zur Erörterung kommt.

Kraft-Ebing in seiner Monographie der progressiven Paralyse und auch Obersteiner in der Neubearbeitung derselben verhalten sich ablehnend gegen die merkurielle Behandlung der Erkrankung, indem sie dieselbe einerseits für nutzlos, andererseits für schädlich halten.

Ähnlich äussern sich Kraepelin und Ziehen in ihren Lehrbüchern, ebenso Raymond in seinem Vortrage auf dem letzten internationalen medizinischen Kongresse, und viele andere Autoren.

Meine eigenen Anschauungen, die ursprünglich ähnliche waren, haben sich auf Grund von Erfahrungen geändert.

Die Remissionen infolge antisyphilitischer Kuren, die ich ebenso wie andere gesehen habe, und die der Skeptizismus als zufällige Koinzidenzen ansehen könnte, häufen sich umso mehr, je mehr man in die Lage kommt, Paralytiker schon in einem sehr frühen Stadium zu behandeln; sie häufen sich in einem den Zufall ausschliessenden Grade. Und es sind gerade die dementen Formen der progressiven Paralyse, denen im allgemeinen eine geringere Neigung zu spontanen Remissionen zugeschrieben wird, die durch antiluetische Behandlung häufig in auffällig günstiger Weise beeinflusst werden.

Es fällt mir nicht ein zu behaupten, dass man imstande sei, progressive Paralyse auch bei frühzeitigstem Beginne der Behandlung, durch Merkurial- und Jodkuren zu heilen. Aber schon das Eintreten einer Remission ist ja bei dieser Erkrankung als ein Erfolg zu betrachten; und es schafft eine solche Remission möglicherweise für die Wirksamkeit anderer therapeutischer Eingriffe, von denen bald die Rede sein wird, einen günstigen Boden.

Es sind weniger die Paralytiker der Irrenanstalt, an denen ich diese günstigen Erfahrungen machte, denn bei ihnen ist

die Krankheit meistens schon in einem vorgeschritteneren Stadium, sondern hauptsächlich die Patienten der Privatpraxis, Kranke, die häufig noch selbst zum Arzte kommen, um ihn wegen irgend welcher Initialsymptome zu konsultieren.

Ich habe in der Regel die Quecksilber- und Jodkur gleichzeitig angewendet, und habe in einzelnen Fällen auch bei der nach entsprechenden Intervallen wiederholten Kur neuerlich einen günstigen Erfolg zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Ich möchte bei Durchführung antisyphilitischer Behandlungen einer Zutat zur Kur Erwähnung tun, die ich in Verfolgung eines Gedankens, den ich schon 1902 in einem Vortrage ausgesprochen habe, in mehreren Fällen schwerer luetischer Erkrankung des Zentralnervensystems, und wie mir scheint, mit gutem Erfolge angewendet habe: die Verabreichung kleiner Quantitäten von Schilddrüsensubstanz, ein Vorschlag, den allerdings auf Grund anderer Erwägungen, auch Spengler gemacht hat. Es ist ja nicht leicht, und auf Grund weniger Fälle nicht möglich, einen Beweis in solchen therapeutischen Fragen zu liefern; aber der Beachtung der Fachmänner und weiterer Prüfung halte ich die Sache immerhin wert.

Aber, um zur antiluetischen Behandlung der Paralyse zurückzukehren, die Hoffnung, mit dieser Behandlung allein sehr befriedigende und dauerhafte Besserungen bei dieser Krankheit zu erzielen, ist gering.

Es ist bemerkenswert, dass in der Kasuistik der Fälle angeblich geheilter Paralyse, sowie sehr langdauernder und weitgehender Remissionen die antiluetische Behandlung keine nennenswerte Rolle spielt.

Dagegen stossen wir in diesen Fällen in einer alle Zweifelsucht entwaffnenden Häufigkeit auf ein Moment, an das sich die günstige Wendung im Krankheitsverlaufe anschloss: infektiöse, fieberhafte, eitrige Prozesse.

Diese Beobachtung, die ja nicht neu ist, hat schon mehrere Ärzte zu dem Gedanken angeregt, diesen Vorgang von Naturheilung nachzuahmen, so Sponholz durch Vakzination, L. Meyer durch Einreibung Authenriethscher Salbe und andere.

Ich habe in weiterer Verfolgung von Versuchen, die schon im Jahre 1891 begonnen worden waren, im Jahre 1900 eine grössere Anzahl von Paralytikern mit Injektionen von Kochschem Alt-Tuberkulin behandelt, indem ich mit der Dosis von

0,01 begann und allmählich bis zur Dosis von 0,1 anstieg. Den wahllos nach der Reihe der Aufnahmen auf die Klinik behandelten Fällen wurde ein Vergleichsmaterial von einer gleichen Zahl nicht behandelter Fälle gegenüber gestellt.

Das Ergebnis, über das Pilcz und Doboschansky im 25. und 28. Bande der Jahrbücher für Psychiatrie berichtet haben, war, dass bei den behandelten Fällen die Lebensdauer eine grössere war, und dass bei ihnen viel mehr, länger dauernde und weitergehende Remissionen beobachtet wurden, als bei den nicht behandelten Fällen.

Dieses Ergebnis, gewonnen an einem nicht günstigen Materiale, denn es handelte sich um Irrenanstalts-, also vorgeschrittene Fälle, musste zur weiteren Fortsetzung der Versuche ermutigen.

Diese weiteren Versuche wurden unter etwas veränderten Bedingungen unternommen. Es wurden nur Paralytiker der Behandlung unterworfen, deren Krankheit noch nicht weit vorgeschritten war, also vorwiegend Patienten aus der Privatpraxis und nicht aus der Klinik.

Die günstigen Ergebnisse des erwähnten Vorversuches legten ferner den Gedanken nahe, die Wirkung der Tuberkulin-Injektionen durch Steigerung der Dosis zu erhöhen.

Es wurde also in den späteren Versuchen bis 0,5 Tuberkulin gestiegen, eine Dosis, die in den meisten Fällen in 7 bis 12 Injektionen, in zweitägigen Intervallen ausgeführt, erreicht wurde. Die Steigerung der Dosis wurde von dem Erfolge der Injektion, d. h. von dem Grade der fieberhaften Reaktion, abhängig gemacht, wobei getrachtet wurde 39° übersteigende Temperaturerhöhungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Dass diese Injektionen für den Gesamtorganismus nicht nur nicht schädlich, sondern förderlich sind, konnte aus dem Umstande entnommen werden, dass oft schon während der Kur, regelmässig aber nach Beendigung derselben eine Zunahme des Körpergewichtes begann, die mehrere Kilo betrug und mit verschiedenen anderen Anzeichen eines gesteigerten körperlichen Wohlbefindens Hand in Hand ging.

Ob mit der Dosierung von 0,5 Tuberkulin schon das höchste Mass der günstigen Wirkung erreicht ist, lässt sich nicht sagen; es wird sich um so mehr empfehlen, noch höhere Dosen zu versuchen; als man ja jetzt auch bei der Behand-

lung der Tuberkulose unbedenklich bis 1,0 Tuberkulin und selbst höher geht.

Endlich wurde bei diesen späteren Versuchen die antiluetische Behandlung mit der Tuberkulinkur kombiniert, in der Mehrzahl der Fälle so, dass die antiluetische Quecksilber-Jodbehandlung der Tuberkulinkur vorausging.

Ob diese Reihenfolge der Kuren oder die umgekehrte wirksamer ist, kann erst durch künftige Erfahrungen festgestellt werden.

Die Erfolge dieser kombinierten Behandlungsmethode müssen als durchaus günstige bezeichnet werden, indem nur in wenigen Fällen eine deutliche Besserung ganz ausblieb, in einer relativ grossen Anzahl von Fällen aber weitgehende Remissionen teilweise mit Wiederkehr der Berufsfähigkeit eintraten, Remissionen, die in einzelnen Fällen schon bis zu zwei Jahren andauern.

In einigen Fällen konnte auch die Beobachtung gemacht werden, dass beim Wiedereintreten einer Verschlimmerung die Wiederholung der Kur neuerdings einen günstigen Erfolg zustande brachte, so dass bereits in Erwägung gezogen wurde, ob nicht in günstig verlaufenden Fällen auch ohne Zeichen einer Verschlimmerung die Kur in angemessenen Zwischenräumen zu wiederholen wäre.

Dem Gedanken, der diesen Versuchen zugrunde lag, würde es eigentlich besser entsprechen, andere Bakterientoxine zu verwenden; denn die Spontanheilungen der Paralyse kamen vorwiegend durch eitrige Prozesse zustande, so dass also Bakterientoxine von Staphylokokken oder Streptokokken a priori grössere Chancen zu bieten scheinen, als das Tuberkulin. Ob diese aprioristische Erwägung zutreffend ist, mögen spätere Versuche entscheiden. Auf das Tuberkulin fiel die Wahl deshalb, weil dasselbe ein käufliches Mittel ist, über dessen Wirkungen am Menschen bereits ausreichende Erfahrungen vorliegen.

Auf die einem ähnlichen Gedankengange entspringenden Versuche mit Nuklein, über die kürzlich Fischer in Prag berichtet hat, sei bei diesem Anlasse hingewiesen.

Ein Moment, das bei der Behandlung der progressiven Paralyse nicht vernachlässigt werden darf, ist die Desinfektion des Darmkanals zur Vermeidung von intestinalen Autointoxikationswirkungen. Denn ohne den Anschauungen von Bruce

und ROBERTSON über die intestinale Genese der Paralyse beizupflichten, muss man doch zugestehen, dass intestinale Autointoxikationen bei Paralytikern besonders deletär wirken, dass vor allem das Auftreten paralytischer Anfälle durch diese Schädlichkeit begünstigt wird. Dieser Indikation wird man einerseits durch stuhlfördernde, andererseits durch Fäulnis hemmende Mittel, sowie durch entsprechende Diät gerecht werden.

Die Wahl der geeignetsten Mittel will ich heute nicht erörtern.

Mein Vortrag bezweckt nicht die mitgeteilte Behandlungsmethode der progressiven Paralyse als etwas Fertiges hinzustellen, sondern er soll nur einen Weg zeigen, auf dem bei dieser Krankheit therapeutische Erfolge zu erringen sind und zur Prüfung und Vervollkommnung der Methode durch die Mitwirkung anderer anregen.

Zur Physiologie und Pathologie der Empfindungen und Gefühle.

Von Dr. KARL LECHNER (Kolozsvár).

Über das Wesen der Empfindungen und Gefühle ist uns noch wenig bekannt. Jedenfalls sind mit dem Empfinden und Fühlen Kraft-, Stoff-, Form- und Zeitwechsel-Veränderungen verbunden, die die Reflexvorgänge der Lebenserscheinungen begleiten. Letztere laufen innerhalb anatomisch nachweisbaren Reflexapparaten ab.

Ihrer Genese nach gibt es angeborene und erworbene Empfindungs-, das heisst Gefühlsvermögen. Beide können durch Reize der Aussenwelt erweckt werden (Empfindungen), oder durch Innenreize des Organismus ausgelöst sein (Gefühle).

Demnach sind viererlei Typen zu unterscheiden:

1. die angeborene *Sinnesempfindung*, die durch die Sinnesorgane vermittelt und durch Aussenreize hervorgerufen wird;

2. das angeborene *Gemeingefühl*, das den Körperorganen entstammt und durch Innenreize erzeugt wird;

3. die erworbene *Wahrnehmung*, die auf Einwirkung von Aussenreizen aus Sinnesempfindungs-Komplexen hervorgeht;

4. die erworbene *Gemüthsstimmung*, die als Reizeffekt des Organismus, sich aus Komplexen von Gemeingefühlen entwickelt.

Alle diese Empfindungen und Gefühle haben gemeinsame Eigenschaften. Solche sind:

1. die vom Reiz abhängige *Dauer;*

2. die durch den Reiz bestimmte *Intensität;*

3. die vom Zustande des Reflexapparates bedingte *Irritabilität;*

4. die ebenfalls von der Eigenart des Reflexapparates abhängige *Qualität*.

Die zwei ersten sind passive, die beiden letzteren aktive Eigenschaften der Empfindungen und Gefühle.

Sowohl die genetischen Typen, wie die allgemeinen Eigenschaften der Empfindungen und Gefühle kommen im Rahmen der Reflexvorgänge zur Geltung. Unter Reflexvorgang ist jene Tätigkeit zu verstehen, wobei der lebende Organismus, mit Hilfe seiner Reflexapparate in Erregung geräthi, und, als Ergebniss der Erregung, irgendeine Lebensarbeit verrichtet. Bei jedem solchen Vorgang sind drei Faktoren beteiligt: die *Reizaufnahme*, das *Bewusstwerden* der Reizeinwirkung und die *Reizreaktion*. Das Zusammenwirken aller drei Faktoren ist unbedingt notwendig, wenn eine Empfindung oder ein Gefühl inslebentreten soll. Ohne Reizaufnahme und ohne Reizreaktion kommt keine bewusste Empfindung, kein bewusstes Gefühl zustande. Die Reizaufnahme wird durch die Sinnesorgane und alle empfindenden Teile des Körpers (Auge, Ohren, Eingeweide, Muskeln, usw.) bewerkstelligt, die Reizreaktion dagegen durch die Arbeitsorgane (Muskeln, Drüsen, usw.).

Das Bewusstwerden der Reizaufnahme und der Reizreaktion besorgt das Zentralnervensystem.

Durch den Ablauf der Reflexvorgänge werden die Empfindungen und Gefühle nicht nur hervorgerufen, sondern — durch ihr Entstehen und Vorhandensein — beeinflussen sie auch zugleich die Form jedes Reflexvorganges. Sie haben somit eigene Wirkungen. Wenn man die Wirkung der Reizaufnahme als Erregung, diejenige der Reizreaktion als Arbeitsleistung bezeichnet, so sind die Sinnesempfindungen eigentlich als *Erregungsempfindungen*, die Gemeingefühle als *Leistungsgefühle* zu betrachten. Sobald man den Reiz zum Objekt, den Organismus zum Subjekt macht, können deren Wirkungen bei der Wahrnehmung für *Objektempfindungen* bei den Gemütsstimmungen für *Subjektgefühle* angenommen werden.

Nachdem bei jeder Reizaufnahme und bei jeder Reizreaktion die betroffenen Organe eine Arbeit leisten, müssen beide Leistungsarten zugleich von Gemeingefühlen begleitet sein. Beim Sehen z. B. wird uns nicht nur die Licht- und Farbenreizeinwirkung bewusst, sondern wir fühlen nebenbei den Umstand, dass wir vermittelst unserer Augen sehen. Die Augen verrichten dabei eine Arbeit (Pupillenbewegung, Akkomodation, funktionelle Hyperämie, usw.) und diese Arbeitsleistung wird uns durch Gemeingefühle bewusst. Ausserdem

fühlen wir auch die Reaktion auf die Reizeinwirkung. Verschiedene Arbeitsorgane gerathen naemlich beim Sehakt in Funktion (Liedschluss, Augenbewegung, Thränenabsonderung, Kopf- und Gliederbewegung, usw.) und diese Arbeit gibt sich uns ebenfalls durch Gemeingefühle kund. Die drei Faktoren des Reflexvorganges erregen, jedes für sich, gewisse Empfindungen und Gefühle, die sich alle dann zu einem Empfindungskomplex, zur *Cönästhesie* vereinigen. Die Wirkung eines jeden Reflexvorganges ist somit eine einige Cönästhesie, in der sämtliche Empfindungen und Gefühle der drei sich verbindenden Reflexfaktoren enthalten sind.

Doch auch die erwähnten Eigenschaften der Empfindungen und Gefühle haben einen Einfluss auf die Reflexwirkungen. Die Dauer der Erregung und der Leistung dokumentiert sich mit ihren zeitlichen Beziehungen, als ein *Erwarten*. Wir fühlen gewissermassen den Zeitablauf der Vorgänge. Die quantitativen Beziehungen der Intensität entfalten sich zu einem *Schätzen*. Man empfindet das Maas und den Werth der geleisteten Reflexarbeit. Aus der Irritabilität der Reflexapparate, die in Beziehung tritt zur Leichtigkeit oder Schwerfälligkeit, mit der die Reizaufnahme und die Reizreaktion bewerkstelligt wird, entwickelt sich ein *Streben*. Wir fühlen dabei den Trieb oder die Hemmung zur Reflexerregung. Schliesslich verfügt auch die Qualität über Wirkungen, die ein *Realisieren* der Reflexarbeit möglich machen. Es wird uns nämlich nicht nur die Qualität der Reaktion, mit der wir auf den Reiz antworten (ob der Sehapparat oder der Hörapparat usw. funktionirt), sondern auch die Art des Reizes, auf den wir reagieren (ob Licht, ob Schall, usw.) bewusst.

Dauer und Intensität, Irritabilität und Qualität, jedes bringt natürlich ganz verschiedene Aesserungsformen zustande, je nachdem ob Sinnesempfindungen, Gemeingefühle, Wahrnehmungen oder Gemüthsstimmungen mit im Spiele sind. Hiedurch und durch den sukzessiven Nacheinander und den simultanen Nebeneinander der Reizeinwirkungen, entwickeln sich im Typus der Sinnesempfindungen die Veränderungs- und Unterschiedsempfindungen, die Intensität- und Qualitätsempfindungen, die Empfindungen der Bahnung und des Geleitetseins, die Empfindungen der Qualität und der Irritation. Auf diese Weise kommen auch, im Typus der Gemeingefühle, die Funktions- und Spannungsgefühle, die Wohl- und Be-

friedigungsgefühle, so wie die Gefühle der Potenz und Irritation, die Organgefühle und Reaktionsgefühle zustande. Aus den komplizierten Cönästhesien im Wahrnehmungstypus entstehen die Zeit-, Proportion-, Raum-, Zahl-, Empfindungen, die Ziel-, Relations-, Sein- und Zweck-Empfindungen. Ebenso werden, im Typus der Gemüthsstimmungen, aus den fast noch komplizierteren Cönästhesien die Lust-, Bedürfniss-, und Genussgefühle, die ästhetischen, ethischen und erhabenen Gefühle, die Ich-Gefühle und die Wahrheits-Gefühle gebildet.

Es vereinigen sich demnach in jedem einfachsten Reflexvorgänge eine Menge von Empfindungen und Gefühlen, sowie deren verschiedene Eigenschaften und Wirkungen zu je einem grossen Komplexe, dessen Variationen und Teile, jedes für sich, berufen sind der Gesammt-Cönästhesie eine besondere Farbe und einen besonderen Charakter zu verleihen.

Abnorme Veränderungen im Gefüge der reflektorisch so assoziirten Cönästhesien führen zur Entstehung von *pathologischen Empfindungen und Gefühlen*, und zwar dann, wenn die notwendige Kompensation zwischen den drei Faktoren der Reflextätigkeit irgendwie gestört worden ist.

Bei normalen Reflexfunktionen herrscht stets eine ausgleichende *Kompensation*, die zwischen Reizaufnahme, Reizbewusstsein und Reizreaktion das Gleichgewicht erhält. Hauptsächlich die Aufmerksamkeit und die Übung sind dabei beteiligt. Die erstere regelt mit Hilfe von Beireflexen die Reizaufnahme, die letztere durch Veränderungen der Erregbarkeit — die sie verursacht — die Reizreaktion. Beide beeinflussen das Reizbewusstsein. Durch das eine wird es erhöht, durch das andere herabgesetzt. Was wir mit Aufmerksamkeit betrachten, wird uns schärfer bewusst. Was wir eingeübt haben gelingt auch unbewusst präzis.

Ermüdung und Erschöpfung einerseits, Übererholung und übermässige Kraftanhäufung andererseits, so wie auch anderwärtige Ursachen, vermögen die kompensatorische Tätigkeit sowohl der Aufmerksamkeit, wie der Übung zu beeinträchtigen. Es kommt zur *Kompensationsstörung*. Teils werden hiedurch ungewöhnliche, unnöthige Empfindungen und Gefühle verstärkt ins Bewusstsein gehoben, teils gewöhnliche, notwendige Komponenten von dort verdrängt. Die Cönästhesie erleidet krankhafte Umwandlungen. Ein *Zuwachs* oder ein

Ausfall einzelner, eventuell vieler Reflexkomponenten kommt zustande und bringt entweder positive, oder negative pathologische Erscheinungen hervor. Exogene oder endogene Reize sind dabei beteiligt, die der kompensatorischen Tätigkeit entgegen wirken, indem sie ein Zustandekommen krankhafter Reflexe und mit diesen Störungen der Aufmerksamkeit oder der Übung verschulden. Auch ist es von Bedeutung, ob die Störung nur im Bereiche der Reizaufnahme, oder der Reizreaktion, oder gar mit Beteiligung beider Faktoren inslebentritt.

Erscheint ein Zuwachs an Empfindungselementen sowohl der Reizaufnahms-, wie der Reizreaktions-Vorgängen, so steigert sich die bewusstswerdende Cönästhesie zu einem *hypersthenischen* Grad. Beim Ausfall beider Arten von Empfindungs-Komponenten kommt es zu einer herabgesetzten, *hyposthenischen* Empfindungsform. Zeigt die Reizaufnahme einen Zuwachs, die Reizreaktion hingegen einen Ausfall der Cönästhesie-Elemente, dann haben wir es mit einer reaktionsarmen, pervers gefälschten, *parasthenischen* Empfindung zu tun. Wenn entgegengesetzt der Ausfall sich auf die Reizaufnahme, der Zuwachs auf die Reizreaktion beschränkt, gewinnen die paradoxen, *palinsthenischen*, bewusstseinsarmen Empfindungs-Formen die Oberhand. Von den Gefühlen lässt sich dasselbe sagen.

Auf diese Weise vermag man alle pathologischen Empfindungs- und Gefühls-Zustände zu analysiren. In Bezug auf die Erwartungs-Dauer gibt es verkürzte, verlängerte, verspätete, verfrühte Reflexvorgänge, also auch solche Empfindungen und Gefühle. Die Intensitäts-Schätzung lässt schwache, starke, verminderte, vermehrte Cönästhesien unterscheiden. Aus den Strebungen der Irritabilität erwachsen die erschwert, erleichtert, behindert oder angeregt entstehenden Arten. Hinsichtlich der Qualitäts-Realisation können sie deutlich, undeutlich, selbständig oder abhängig werden.

Mit Hilfe dieser Analyse gelingt es sämmtliche *Dysästhesien* der Sinnesempfindungen zu erklären. Die Nachempfindungen und Vorempfindungen, die vergänglichen und andauernden, die überwerthigen und unterwertigen, die trägen und heftiganregbaren, die qualitativ klaren und unklaren, alle stammen aus Störungen der Kompensation. Ebenso die Entoästhesien, die Synästhesien, Alloästhesien und die Transfert-

Erscheinungen. Von Ohrenklingen und Augenflimmern angefangen bis zum Farbenhören, alle Hyper-, Hypo-, Para- und Palinästhesien gehören hierher.

Aus Gemeingefühls-Inkompensationen entwickeln sich die *Dysphorien*. Nicht nur die gestörten Funktions- und Spannungsgefühle, die Euphorien und der körperlich Schmerz, auch die unstillbare oder übersätigte Befriedigung, die pathologischen Instinkte, die abnormen Impulse, die hypochondrischen Sensationen und nihilistischen Organgefühle entspringen solchen unkompensierten Reflextätigkeiten. Die Blanditien und Molestationsgefühle, die Koordinations und Gleichgewichtsstörungen, der Schwindel, so wie die verschiedensten Hyper-, Hypo-, Para- und Palinphorien sind hierher zu rechnen. Sind sie von starken organomotorischen Reaktionen begleitet, dann wachsen sie alle zu vegetativen Affekten, zu den sogenannten Orgasmen heran.

Noch komplizierter gestalten sich die pathologischen Wahrnehmungen, die *Dyseidolien*. Abhängig von ihrem exogenen oder entogenen Ursprung, kann man sie allgemein in Illusionen oder Halluzinationen einteilen. Beide Arten vermögen bald positiver, bald negativer Natur zu sein. Die Spaneidolien sind unvollkommene Wahrnehmungen, negative Illusionen mit Ausfallserscheinungen. Die Aneidolien geben sich als negative Halluzinationen, als ein Weghalluzinieren der empfindbaren Reizeinwirkungen dar. Die hypereidolischen Störungen sind als positive Illusionen und Halluzinationen zu betrachten, sie entstammen einem kompensatorischen Zuwachs von hinzutretenden, täuschenden Cönästhesien. Bei den pareidolischen Pseudoillusionen und Pseudohalluzinationen tritt zu einem Zuwachs von bewusstwerdenden Aufnahmserscheinungen ein gleichzeitiger Ausfall der Reaktionserscheinungen hinzu. Diese Sinnestäuschungen erscheinen infolgedessen als gut empfundene Wahrnehmungsveränderungen, denen es aber an den meisten realitätverleihenden Zeit-, Raum-, Ziel-, Zweck-, usw. Empfindungen fehlt, an jenen Signalen, die den Reiz zum Objekt stempeln würden (z. B. beim Gedankenhören). Zu den palineidolischen, paradoxen Wahrnehmungen sind hauptsächlich die Impressionen, oder die psychischen Illusionen und Halluzinationen zu reihen. Ein Ausfall von Aufnahms-, und ein Zuwachs von Reaktions-Erscheinungen ist dabei stets nachweisbar. Es fehlen nämlich

die Empfindungskomponenten der Reizaufnahme im Bewusstsein, obwohl die reaktiven Vorgänge des Reflexkomplexes auf eine positiv objektive Realität des Reizes hinweisen. Hierher gehören z. B. alle jene objektlosen Wahrnehmungen, die die Gestalt der göttlichen Verkündigung oder Eingebung annehmen.

Auch die pathologischen Gemüthsstimmungen, die *Dysthymien* sind sehr komplizierter Art. Sie zeigen nicht allein positive und negative Formen, sie erleiden nicht nur einen Zuwachs oder Wegfall ihrer Komponenten, sondern sie zeigen auch noch, je nach den vasomotorischen Begleiterscheinungen, je nach den mitspielenden Gefässerweiterungen, expansive oder depressive Eigenschaften. So kommen die Dyshedonien und Dysalgien zustande. Nebenbei ist auch der Grad des gesammten organomotorischen Verhaltens von Bedeutung. Die stillen Emotionen gehen mit schwachen und wenig, die psychischen mit starken und viel körperlichen Reaktionen einher. Alle insgesammt können ausserdem noch hyper-, hypo-, para-, und palinsthenisch geartet sein. Manche beschränken sich auf einfache Lust-, Genuss-, Bedürfniss- oder subjektive Ich-Gefühle, andere erstrecken sich auf höher differenzierte ästhetische, ethische, erhabene oder Warheitsgefühle. Es entwickelt sich daraus die hyperthymische Hedonie und Algie der hyperpathematische exaltierte Furor und der melancholische Raptus. Hieraus entsteht die hypothymische Anhedonie und Analgie, die hypopathematische Apathie und der Stupor. Parasthenisch reifen daraus die perversen Philien und Phobien, die verschiedensten Pseudo- und Allothymien mit ihren auffallenden Gemüthsgegensätzen, so wie das affektvolle, ungeduldige Erwarten (Karadokia) und die beklemmungsvolle Angst. Alle sind sie reich an Gefühlskomponenten, jedoch arm an Reaktionseffekten. Das Gegenteil kann von den palinsthenischen Thymien und palinsthenischen Pathema's behauptet werden. Diese sind an bewussten Gefühlen baar, um desto reichhaltigere Reaktionen auszulösen. Die unbewussten Sympathien und Antipathien, die formreichen Passionen, die bewusstseintrübenden Extasen und Faszinationen und der pathologische, oft ganz bewusstlose Affekt, alle lassen sich als solche Gemüthsstörungen erkennen, die ihren wahren Grund in schlecht, gar nicht oder überkompensierten Reflexvorgängen haben.

Le rôle de l'élément toxique et infectieux dans la genèse des maladies mentales.

Par MICHEL CATSARAS, Professeur de Neurologie et de Psychiatrie à la Faculté de Médecine d'Athènes et Directeur de la Clinique neurologique de l'hôpital «Eginition».

Traduction clinique des psychoses toxi-infectieuses par la confusion mentale, le délire onirique et leurs dérivés.

La psychiatrie moderne a fait un progrès important dans le chapitre des psychoses toxiques et infectieuses, ayant démontré que celles-ci se manifestent en clinique par la confusion mentale, le délire onirique et leurs dérivés et par la psychose de KORSAKOF, qui n'est autre chose qu'un syndrome clinique caractérisé par l'association des phénomènes de confusion mentale d'intensité variable et des symptômes polynévritiques.

Cette formule clinique est aujourd'hui considérée tellement spécifique et caractéristique, qu'on peut énoncer qu'il n'existe pas de confusion mentale ni d'onirisme là où l'intoxication ou l'infection font défaut, et par conséquent le médecin, toutes les fois qu'il se trouve en présence de confusion mentale, d'onirisme et de leurs dérivés, doit poser le diagnostic de psychose toxique ou infectieuse et il ne lui reste plus que le diagnostic étiologique, à savoir la détermination de la nature de l'intoxication ou de l'infection.

Traduction clinique des psychoses toxiques et infectieuses par d'autres syndromes mentaux. Observations.

Mais on ne peut pas renverser ce dogme clinique, car les psychoses toxiques et infectieuses peuvent se manifester aussi par d'autres syndromes mentaux. En d'autres termes, s'il n'y a pas de confusion mentale et d'onirisme sans intoxication et sans infection, il n'est pas moins vrai qu'il y a des psychoses toxiques et infectieuses sans confusion mentale et sans onirisme et leurs dérivés. J'ai insisté bien des fois sur ce fait dans mes leçons cliniques ayant présenté plusieurs observations, dont je me borne à résumer les suivantes.

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme nommée B. P. de Corinthe, âgée de 45 ans, intelligente et bien équilibrée, sans stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence, qui est entrée à la Clinique neurologique le 10 février 1909 atteinte d'une psychose toxique, développée sur un terrain prédisposé (mère mélancolique) et arthritique et déterminée par auto-intoxication gastro-hépatique, ce qui ressort nettement de l'ordre chronologique des phénomènes cliniques : les symptômes gastro-hépatiques ayant précédé d'une manière très claire pendant un mois et demi l'invasion du syndrome mental auto-toxique.

En février ou en mars 1908, — on n'a pas pu nous fixer exactement la date, — la malade a commencé à se plaindre de douleurs térébrantes aux lombes, qui s'irradiant à la partie supérieure du tronc et surtout à la région scapulaire droite et accompagnées d'engourdissements de la main droite, étaient tellement intenses que la pauvre malade passait des nuits blanches. Le lendemain, des nausées et des vomissements accompagnés de vertige vinrent s'ajouter aux douleurs et après deux jours la malade fut atteinte d'un ictère très prononcé. Ces symptômes gastro-hépatiques ont forcé la malade à s'aliter.

Au bout de 13 jours environ les douleurs ont cessé, mais ce n'est qu'*après un mois et demi que l'ictère a disparu pour faire place à la psychose toxique* manifestée cliniquement par un délire cœnesthésique sous forme hypocondriaque et tendant vers le délire de zoopathie interne avec un état mélancolique secondaire *sans trace de confusion mentale et sans onirisme.*

OBSERVATION II

La nommée E. T. de Gortynie, âgée de 42 ans, mariée, est entrée à la section psychiatrique de la Clinique neurologique le 23 février 1909.

Chez cette malade qui n'avait pas d'antécédents héréditaires ni de signes de dégénérescence acquise, la psychose infectieuse a fait son invasion le troisième jour d'une maladie fébrile, qui avait commencé vers la fin du mois de décembre 1908 par frisson, inappétence et courbature. La fièvre s'est prolongée pendant 15 jours, c'est-à-dire la psychose s'accompagnait de fièvre durant treize jours, au bout desquels la fièvre a cessé, tandis que la psychose infectieuse continuait son chemin sous l'aspect clinique d'un délire cœnesthésique et sous forme de démonopathie interne avec état mélancolique secondaire sans trace de confusion mentale et d'onirisme.

OBSERVATION III

Le nommé K. B., âgé de 45 ans, marié, est entré à la Clinique neurologique le 27 février 1909.

Ce malade, depuis deux ans et demi, souffre d'une *psychose* toxique, manifestée par un syndrome mélancolique très prononcé et caractérisé par les symptômes suivants : dépression, ralentissement des

facultés intellectuelles et surtout inhibition de la volonté, idées de ruine, idées délirantes de persécution à caractère mélancolique. Le cinquième mois de sa mélancolie, le malade s'est tiré une balle de revolver au dessous du maxillaire inférieur, qui après avoir gravement blessé la langue sort obliquement par le maxillaire supérieur et blesse légèrement le bout du nez. Le malade porte les cicatrices de sa blessure.

La psychose auto-toxique de ce malade qui n'a *jamais présenté des phénomènes de confusion mentale, d'onirisme et de leurs dérivés,* est due primo et surtout à son insuffisance surrénale et secundo à son surménage physique et moral provoqué par des jeux de cartes qui lui avaient causé des veilles prolongées et de grandes pertes d'argent disproportionnées à ses moyens.

Les phénomènes d'insuffisance surrénale consistant en faiblesse très prononcée, en impuissance au travail, en réponses lentes et pénibles, en troubles dyspeptiques et surtout en mélanodermie localisée principalement sur la surface dorsale des mains et sur le visage, *ont précédé l'invasion du syndrome mental pendant trois mois.*

OBSERVATION IV

Le nommé J. B., âgé de 30 ans, de Tripoli, avocat, est entré à la Clinique neurologique le 13 septembre 1906.

Antécédents héréditaires. Son frère est mort à l'asile de Dromocaïtis.

Sur ce terrain prédisposé une psychose auto-toxique s'est développée depuis le mois d'août 1906 sous forme de délire de zoopathie interne ayant rapidement, dans l'espace de deux années seulement, abouti à un état démentiel très accentué.

L'auto-intoxication est due primo et surtout à une *insuffisance surrénale* manifestée par la mélanodermie caractéristique, secundo à un surmenage physique et moral provoqué par des jeux de cartes, des veilles prolongées, des pertes d'argent et des excès vénériens, l'examen des urines fait à plusieurs reprises ayant révélé l'intoxication par la présence d'une grande quantité d'indican et surtout d'acétone.

Ce malade *n'a jamais présenté des symptômes de confusion mentale, de délire onirique et de leurs dérivés.*

OBSERVATION V

Le nommé Ch. M., de Céphalonie, âgé de 42 ans, agriculteur, marié, est entré à la Clinique neurologique le 8 mars 1907.

Antécédents héréditaires. Sa tante maternelle a été atteinte d'une psychose d'involution à l'âge de 60 ans.

La psychose toxique de ce malade, très peu prédisposé, intelligent et bie néquilibré, était survenue au mois d'octobre 1906 par suite primo et surtout d'une auto-intoxication due à un surmenage physique et moral — le malade, d'une part, travaillant énormément et, de l'autre, étant dans l'impossibilité de suffire aux besoins de sa famille qui augmentaient d'un jour à l'autre — et à un diabète insipide dont les symptômes classiques, à savoir la polydipsie, la polyphagie et la

polyurie avaient, pendant des mois entiers, précédé l'invasion des symptômes mentaux.

Secundo, la psychose toxique de ce malade provenait d'une exo-intoxication due à des excès de vin (1—3 litres par jour). L'intoxication de l'organisme était attestée non seulement par les conditions étiologiques et l'ordre chronologique de leur apparition, mais encore par des signes cliniques tels que les rêves terrifiants, la zoopsie nocturne et les cauchemars, qui de temps en temps apparaissaient.

La psychose toxique de ce malade a revêtu la forme surtout d'état mélancolique et de troubles cœnesthésiques à caractère de délire franchement hypocondriaque sans trace de confusion mentale et de délire onirique.

OBSERVATION VI

La nommée R. T., âgée de 30 ans, mariée, est entrée à la Clinique neurologique le 29 août 1908.

Antécédents héréditaires. Nuls. Cette dame le cinquième jour d'un accouchement très difficile, compliqué d'une rupture totale du périnée ayant eu lieu au mois de mai 1908, s'est infectée, la fièvre puerpérale ayant duré une dizaine de jours. Le vingt-cinquième jour, une inflammation de la mamelle apparaît, qui s'est terminée par un abcès mammaire ayant tourmenté la malade pendant 25 jours. Au bout de cinq jours la fièvre puerpérale récidive, mais cette fois-ci une psychose infectieuse fait son invasion manifestée sous forme de mélancolie délirante sans se traduire, même un seul moment, par des phénomènes de confusion mentale et de délire onirique. La malade sort de la Clinique complètement guérie le 24 février 1909.

OBSERVATION VII

Le nommé M. X. de Tzoumerca, âgé de 29 ans, sous-officier, célibataire, est entré à la section psychiatrique de la Clinique neurologique le 30 septembre 1906.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Cet homme faisant des abus d'alcool: 4—5 verres d'onzo (boisson spiritueuse très forte) par jour et assez de vin, a subi une intoxication aiguë dans les circonstances que voici :

Le 26 mai 1906 ce sous-officier, par suite d'une indisposition, fait appeler le médecin de son régiment qui lui a ordonné de prendre de la quinine en solution, mais le pharmacien a commis la faute de lui administrer de l'alcool camphré. Le malade après l'emploi de cette substance ayant été pris d'une sensation de brûlure à la région gastrique et ayant senti le sang monter à sa tête a fait de nouveau appeler son médecin qui lui a conseillé d'entrer à l'hôpital militaire pour pratiquer des lavages stomacaux. Dès lors le pauvre sous-officier a été pris d'un malaise général et au bout de 4—5 jours une psychose toxique éclata, dont les phénomènes dominants consistaient en des troubles cœnesthésiques sous forme de délire hypocondriaque avec un état mélancolique secondaire. Pas de symptômes de confusion mentale, de délire onirique et leurs dérivés.

OBSERVATION VIII

Le nommé G. B., de Thèbes, âgé de 40 ans, serrurier, marié, est entré à la Clinique neurologique le 10 mars 1909.

Antécédents héréditaires. Sa mère souffrait de rhumatisme chronique. Pas d'hérédité nerveuse ou physique.

Antécédents personnels. Sauf un certain degré d'irritabilité de caractère de cet homme qui se mettait facilement en colère et se débatait souvent, sous tous les autres rapports son intelligence et son moral ne laissaient rien à désirer et il n'a jamais présenté des stigmates psychiques de dégénérescence. Pas de stigmates physiques. Sur ce terrain, qui n'était pas — tant s'en faut — taré, a germé une psychose infectieuse dès le début d'une pneumonie franche, qui ayant fait son invasion le 22 février 1909 s'est terminée le septième jour par la guérison. Cette psychose a continué sa marche jusqu'à la fin du mois de mars, ayant revêtu sa forme d'excitation maniaque tout à fait pareille à la phase maniaque de la folie maniaco-dépressive sans trace de confusion mentale et d'onirisme. Pas d'hallucinations. Ce malade sortit de notre Clinique guéri.

OBSERVATION IX

Le nommé Th. T., de Crète, âgé de 65 ans, propriétaire, marié, est entré à la Clinique neurologique le 23 octobre 1907.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Ce malade est un type d'homme intelligent, bien équilibré et instruit.

Résumé de l'histoire de la maladie.

Au mois d'août, le malade a commencé à souffrir des symptômes d'insuffisance rénale manifestée par une diminution considérable de la quantité des urines.

Le 3 septembre, une psychose toxique apparaît sous forme de mélancolie délirante, qui a obligé les parents du malade de l'amener à Athènes.

Le 22 octobre 1907, j'ai vu le malade en consultation avec le docteur Théodoridis et ayant posé le diagnostic de folie auto-toxique par insuffisance rénale, nous avons conseillé au malade d'entrer à ma clinique le 23 octobre. Il sortit complètement guéri le 16 novembre, c'est-à-dire au bout de 24 jours.

L'analyse complète et réitérée des urines montrait 500—600 grammes d'urines par jour, des traces de sucre, une grande quantité de sels uriques, de l'acétone et de l'indican en abondance, etc. Notons bien que la psychose a évolué parallèlement au degré de l'insuffisance rénale. C'est ainsi qu'à la fin du mois d'octobre l'augmentation de la quantité d'urine jusqu'à 900 grammes par jour et la diminution de l'indican et de l'acétone étaient suivies d'une amélioration parallèle de la dépression psychique et des idées délirantes, et le jour où tout signe d'insuffisance rénale avait disparu, il n'y avait plus des phénomènes mélancoliques. Eh bien, cette psychose auto-toxique qui a la

valeur d'une expérience avait évolué sans trace de confusion mentale. d'onirisme et de leurs dérivés.

Il ressort de ce qui précède qu'*il faut rechercher la nature toxique ou infectieuse d'une affection mentale, même quand celle-ci ne présente pas l'aspect clinique de la confusion mentale, du délire onirique et de leurs dérivés.* Ce fait est d'une importance clinique considérable, car, sans diminuer en rien la valeur diagnostique de la confusion mentale et de l'onirisme, il préserve le médecin des erreurs graves diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques.

Extension du domaine des psychoses toxiques par la découverte des psychoses auto-toxiques relevant de la perturbation des glandes à sécrétion interne.

Le vaste domaine des psychoses toxiques s'est agrandi pendant le cours de ces dernières années par la perturbation des glandes à sécrétion interne: du thyroïde, des surrénales, des ovaires, des testicules, de l'hypophyse,* etc. Il est aujourd'hui indiscutable que des troubles aussi bien somatiques que psychiques peuvent relever des perturbations des sécrétions internes et que ces troubles varient suivant l'âge et l'intensité de ces perturbations glandulaires. En effet, ces perturbations des sécrétions internes ayant lieu à l'âge de puberté ou infantile entraînent des troubles du domaine *ontogénique* et morphologique; en d'autres termes, les troubles psychiques résultent des *anomalies de structure.* Les graves troubles du squelette et de sa peau et les troubles psychiques observés dans le *crétinisme* et relevant de l'arrêt de l'activité du thyroïde dégénéré et la disparition de ces différents symptômes chez les enfants par l'ingestion tempestive de corps thyroïdes d'animaux en sont un bel exemple.

Quant à l'intensité de la perturbation glandulaire, si celle-ci est modérée, la modification humorale de l'organisme sera aussi proportionnée et alors les éléments anatomiques baignés par des humeurs spécifiquement modifiées par la perturbation élective d'une sécrétion interne déterminée, des changements somatiques et psychiques s'ensuivent traduits au début et surtout par des troubles dominants du ton de l'affectivité. Il va sans dire que ces changements présentent une série

* Rapport de Laignel-Lavastine au Congrès des aliénistes et neurologistes de France, tenu à Dijon, 3—8 août 1908.

dégradée, du franchement pathologique au presque normal et des états maniaques, mélancoliques et psychasthéniques aux états neurasthéniques et à la simple nervosité. Si au contraire la perturbation monoglandulaire ou pluriglandulaire est intense, la modification corrélative du milieu intérieur entraîne non seulement des troubles somatiques graves, c'est-à-dire des syndromes d'insuffisance surrénale, ovarienne, testiculaire, hypophysaire, d'hyperthyroïdie ou d'insuffisance thyroïdienne, etc., mais aussi des réactions cérébrales intenses, à savoir des psychoses toxiques se traduisant aussi bien par la confusion mentale, le délire ouirique et leurs dérivés que par différents autres syndromes mentaux.

Les observations anatomocliniques de Léri, de Laignel-Lavastine et Vigouroux, relatives à l'existence de lésions profondes des surrénales chez des mélancoliques anxieux, l'observation de Roubinovitch (de Paris) et de son interne Dumont, relative aux troubles psychiques traduits par la psychose maniaco-dépressive et développés chez un acromégalique sans qu'on puisse invoquer, pour expliquer ces troubles psychiques, une dégénérescence mentale héréditaire et nos observations III et IV, surtout la quatrième relative à l'action causale isolée de l'insuffisance surrénale sans la moindre influence de l'élément de l'hérédité et de la dégénérescence, établissent d'une mansière définitive l'existence de toute une catégorie de psychoses auto-toxiques par perturbation des glandes à sécrétion interne.

Intervention presque constante de l'élément toxique et infectieux dans la genèse des psychoses comme agent morbifique tantôt principal et tantôt déterminant et agissant sur un terrain prédisposé.

La psychiatrie moderne tend à démontrer que, sauf quelques états congénitaux et surtout la folie morale, l'élément toxique et infectieux intervient presque toujours, au moins au début, dans la pathogénie des psychoses tantôt comme cause principale et tantôt comme cause déterminante et agissante sur un cortex prédisposé. Quant à moi, je suis absolument convaincu de la vérité de ce fait en appuyant cette opinion sur ce qui suit :

1° Sur les troubles des fonctions organiques, qui généralement s'observent au début des psychoses, on les note toujours au début des psychoses aiguës. Souvent même, ces trou-

bles organiques persistent pendant tout le cours de la phase aiguë de l'affection : tels sont la diminution du poids du corps, les troubles digestifs, la diminution de la sécrétion urinaire généralement observée au cours des psychoses aiguës, la diminution du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine, les troubles circulatoires, respiratoires et vaso-moteurs, etc., etc.

2° Ces troubles des fonctions organiques, qui donnent aux malades dits mentaux l'aspect clinique de malades généraux, précèdent généralement l'invasion des symptômes psychiques constituant ainsi une période prodromique. Notons bien que depuis que notre attention est spécialement attirée sur ce fait et qu'une recherche très minutieuse se fait à ma Clinique dans ce sens, les cas chez lesquels cette période prodromique ne se rencontre pas, deviennent de plus en plus rares. Combien de fois je n'ai pas eu l'occasion de montrer dans mes leçons cliniques, des malades dont la psychose était considérée comme n'ayant pas présenté des symptômes de la période prodromique, tout simplement parce que l'attention de leurs entourage avait été naturellement absorbée toute entière par les troubles psychiques et cependant un examen approfondi révélait toute une période prodromique constituée de troubles des fonctions organiques.

Notons bien que l'augmentation même de la température peut quelquefois passer inaperçue, surtout quand il s'agit d'un petit mouvement fébrile, comme cela résulte d'un certain nombre d'observations de notre Clinique.

Il n'est pas nécessaire de mettre en relief la grande signification de ces troubles des fonctions organiques, qui prouvent incontestablement qu'il s'agit de *maladies générales de tout l'organisme,* dont chacune *localise ses effets* sur l'écorce cérébrale et que cette maladie générale, suivant les idées qui règnent dans la nosologie, ne peut être que la traduction clinique d'une infection ou d'une intoxication.

3° Presque toutes les causes qui déterminent la folie, aussi bien les causes physiques que les causes psychiques, comme le coup de chaleur, l'insolation, le surmenage physique et intellectuel, les passions, les émotions, les chagrins et tout ce qui peut entraîner un surmenage moral, les causes sociales, comme p. e. les grands événements politiques, les causes physiologiques telles que la puberté, la menstruation,

l'âge critique, la grossesse, l'accouchement, la lactation, les causes pathologiques, non seulement les infections et les intoxications, mais aussi les maladies du système nerveux, les maladies des viscères et des glandes, les maladies par ralentissement de la nutrition comme p. e. la goutte, le diabète, etc., les affections chirurgicales, les shocks traumatiques, l'inanition, etc., etc., agissent dans la genèse des psychoses par l'intermédiaire étiologique de l'élément toxique et infectieux.

4º Sur les nouveaux résultats de l'anatomie pathologique cérébrale. Pendant qu'on considérait que la folie ne s'accompagnait pas de lésions cérébrales, l'action causale isolée de l'hérédité pouvait paraître suffisante pour sa production, mais dès que les recherches histologiques de Franz Nissl, Weygandt, Altzeimer, von der Kolk, Klippel et Lhermitte, Marchand et bien d'autres ont démontré que, sauf quelques états congénitaux qui ne présentent ni délire, ni affaiblissement intellectuel, et dont la plupart sont groupés sous le nom de folie morale, les psychoses démentielles aussi bien que celles dites fonctionnelles sont bien toutes des maladies cérébrales, dont les lésions ont deux caractères communs: de se localiser surtout à la partie la plus superficielle de l'écorce cérébrale et de déterminer l'altération diffuse des fibres tangentielles, et que les principales maladies cérébrales que l'on rencontre chez les aliénés sont la *méningo-encéphalite diffuse subaiguë, la méningite chronique* ou *méningo-corticalite*, la *sclérose cérébrale superficielle diffuse* ou *encéphalite scléreuse superficielle*, la *cérébro-cellulite* (Marchand), consistant en une altération primitive des cellules nerveuses du cortex, et *l'artériosclérose cérébrale*. Dès que, je le fais remarquer expressément, la démonstration constamment somatique de la nature des psychoses démentielles et autres est établie, l'intervention étiologique de l'élément toxique et infectieux dans la pathogénie des maladies cérébrales susnommées devient nosologiquement indispensable.

Rapports de l'influence morbifique de l'élément toxi-infectieux et de l'influence de la prédisposition.

Il est évident que l'influence morbifique de l'élément toxique et infectieux est en raison inverse de l'influence de la prédisposition cérébrale provenant d'hérédité des maladies de la mère pendant la grossesse, des conditions défectueuses des

procréateurs au moment de la conception et des maladies du jeune âge, qui pourront souvent laisser après elles un défaut de développement cérébral ou même des lésions corticales chroniques. Il s'ensuit que plus la prédisposition est prononcée, moins d'éléments auto-toxiques, exo-toxiques ou infectieux suffisent pour déterminer des troubles psychiques et vice-versa.

C'est ainsi que l'on peut aisément concevoir pour quelle raison un élément toxique et infectieux qui baigne tous les tissus de l'organisme, localise ses effets seulement sur les éléments anatomiques psychiques du cortex et, par conséquent, il se traduit par des troubles psychiques et non par des perturbations des fonctions organiques. Les signes cliniques de l'infection et de l'intoxication faisant ainsi nécessairement défaut, l'avenir est à la Chimie pathologique, qui de concert avec la Microbiologie et l'Histologie fouillant en particulier dans les humeurs et les excrétions, est prédestinée à découvrir des signes diagnostiques révélant l'existance dans l'organisme de l'élément toxique et infectieux, quelque latent qu'il soit. Le sérodiagnostic de la syphilis par le procédé de Wassermann en est un tel exemple. Est-ce qu'il n'en est pas de même pour la prédisposition? Est-ce qu'il n'y a pas des cas cliniques, dans lesquels tout en scrutant les antécédents héréditaires et personnels des sujets, les causes de la prédisposition nous échappent. Cependant ce n'est pas une raison pour dire que la prédisposition n'existe pas, car celle-ci intervient presque toujours pour produire la folie. On ne peut en effet comprendre sans l'existence de la prédisposition la raison pour laquelle les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets. Sous l'influence d'une intoxication, par exemple, tel individu fera des troubles gastro-intestinaux, tel autre présentera des troubles du foie, un troisième sera atteint d'accès épileptoïdes, un quatrième délirera, etc. Enfin on ne peut pas toujours saisir la prédisposition et, quand elle existe, on ne possède pas les moyens de la mesurer.

Effets et causes de la localisation de l'élément toxique et infectieux sur le cortex. Principales maladies cérébrales des aliénés.

Les principales maladies cérébrales que l'on rencontre chez les aliénés sont l'*effet de la localisation des maladies*

générales de tout l'organisme sur l'un ou l'autre des tissus de l'écorce cérébrale, à savoir suivant que les lésions causées par les intoxications ou les infections prédominent soit sur les méninges et le cerveau, soit sur les méninges et le cortex, soit sur le cortex, soit sur les cellules psychiques, soit sur les vaisseaux, la méningo-encéphalite diffuse subaiguë, la méningo-corticalite, l'encéphalite scléreuse superficielle, l'altération primitive des cellules nerveuses, et l'artériosclérose cérébrale surviennent. Souvent même les lésions portent à la fois sur plusieurs des tissus susnommés et on rencontre alors chez les aliénés des maladies cérébrales associées.

Si l'on veut bien considérer l'ensemble des désordres locaux et généraux matériels et fonctionnels, qui s'observent chez les aliénés et qui résultent de l'action des causes morbifiques agissant presque toutes par l'intermédiaire de l'élément toxique et infectieux, on est obligé d'admettre que les symptômes ou plutôt les syndromes psychiques ne sont qu'une partie du tableau clinique général. Ces considérations nous conduisent à adopter qu'il n'y a pas des maladies mentales et qu'ils n'existe que des syndromes mentaux symptomatiques des maladies générales, à savoir des auto- ou exo-intoxications ou des infections de tout l'organisme, dont chacune localise ses effets à cause de la prédisposition individuelle sur les parties les plus superficielles de l'écorce cérébrale et devient ainsi une maladie locale, une maladie cérébrale, dont nous connaissons déjà les différentes variétés anatomiques, suivant la prédominance des lésions sur tel tissu du cortex.

Impossibilité de préciser la nature de l'élément toxique et infectieux suivant la variété clinique des syndromes mentaux.

La même infection, la même intoxication peut se traduire par des syndromes mentaux différents et, vice-versa, des intoxications et des infections différentes peuvent se traduire par des syndromes mentaux identiques.

Or les syndromes mentaux ne permettent pas à eux seuls de préciser la nature des agents morbifiques, à savoir s'il s'agit d'infection, d'exo-intoxication ou d'auto-intoxication par perturbation de sécrétion externe ou interne, encore moins de reconnaître dans chacune de ces catégories la variété d'intoxication et d'infection en jeu et malgré quelques particularités psychopathiques que les causes déterminantes don-

nent parfois aux syndromes mentaux, c'est surtout en s'aidant des renseignements sur les antécédents des sujets et des signes cliniques propres à chacune des variétés d'infection et d'intoxication en jeu que l'on pourra faire le diagnostic dans chaque cas, et cela même — tant s'en faut — pas toujours.

Dépendance directe du pronostic des syndromes mentaux de l'évolution ultérieure des lésions anatomiques du cortex.

Si les lésions cérébrales dépendent directement de l'action de l'élément toxique et infectieux sur le cortex prédisposé, il n'en est pas de même du *pronostic des syndromes mentaux, qui est directement commandé par l'évolution des lésions anatomiques*, suivant qu'elles sont *réparables*, ou au contraire deviennent *irréparables* et *s'accompagnent d'une destruction* plus ou moins accentuée et plus ou moins progressive *des fibres tangentielles*, ce qu'on peut juger par les *signes cliniques* de *chronicité* et par l'*apparition d'un état démentiel* directement proportionnel à l'intensité de l'altération des fibres tangentielles et à leur disparition plus ou moins complète aussi bien que par les autres signes cliniques qui révèlent aux yeux du clinicien l'existence d'une maladie cérébrale organique *destructive*.

La place de la Psychiatrie dans la Pathologie et dans la Neurologie.

Le rôle que l'élément toxique et infectieux joue presque toujours dans la détermination des maladies cérébrales dont les syndromes mentaux sont symptomatiques fait démontrer que la Psychiatrie est tout simplement une partie de la Pathologie et en particulier une branche de la Neurologie. De tout ceci il résulte que la science Neurologique et la science Psychiatrique sont à jamais inséparables, et leur séparation est — j'ai déjà insisté sur ce point au Congrès international de l'Assistance des aliénés tenu à Milan — détestable à un double point de vue, scientifique et social.

Pour supprimer cet état des choses, il faut ne pas séparer les syndromes mentaux des maladies nerveuses et faire des sections de syndromes mentaux, au moins des syndromes aigus et curables, soit dans les hôpitaux ordinaires, soit dans des hôpitaux spéciaux, dans lesquels doivent être traitées aussi des maladies nerveuses, ce qui se fait depuis quelques années

en Allemagne. A Athènes aussi d'ailleurs, la Clinique officielle des maladies mentales et nerveuses est installée dans l'hôpital «Eginition».

De cette manière : 1º On évite la séparation antiscientifique de notre branche médicale, qui doit être enseignée par la même personne. 2º On facilite singulièrement l'étude des syndromes mentaux et, en même temps, on leur donne l'importance qu'ils méritent. 3º On supprime la déconsidération sociale. Le malade guéri a sauvé son moral.

Nécessité de l'intervention thérapeutique dès le début des psychoses. Bases rationnelles du traitement.

Le rôle essentiel que l'élément toxique et infectieux joue dans la genèse des psychoses impose l'intervention de la thérapeutique dès le début de la psychose et modifie les bases de leur traitement. Tout médecin praticien doit bien apprendre les syndromes mentaux — car généralement c'est lui qui le premier est consulté — afin d'intervenir dès le début des psychoses et de ne pas permettre aux lésions de devenir graves, irréparables et destructives.

Les considérations précédentes nous conduisent à adopter qu'il faut traiter les malades mentaux en suivant les grands principes de la thérapeutique générale des maladies infectieuses et toxiques, au moins dans la première période des maladies cérébrales dont les syndromes mentaux sont symptomatiques. C'est ainsi, que l'on doit : 1º Recourir aux moyens thérapeutiques spéciaux à chaque variété d'infection ou d'intoxication en jeu, toutes les fois qu'on peut la reconnaître et que le médecin dispose des médications correspondantes, comme la suppression des substances toxiques, la médication antisyphilitique, la médication opothérapeutique, le sérum antistreptococcique, etc. 2º On doit faire éliminer le plus tôt possible les produits toxiques et infectieux par les bains chauds prolongés, les purgatifs, les diurétiques, les injections de sérum artificiel et le régime lacté qui, associés aux autres procédés thérapeutiques généraux et surtout à l'isolement, la clinothérapie, la psychothérapie, etc., etc. donnent au traitement des malades dits mentaux un aspect semblable à celui des malades généraux.

Le Contrôle de Wassermann et le traitement des accidents parasyphilitiques.

Par M. le Dr. A. MARIE (Villejuif).

Je me suis permis d'intervenir dans les discussions de la Société de Médecine de Paris au sujet des conditions du traitement spécifique contre les accidents parasyphilitiques et hérédo-syphilitiques.

J'ai proposé des distinctions basées sur les acquisitions de l'application clinique des contrôles de Wassermann.

Je me permettrai de développer ce point de vue en dépit des critiques dont il a été l'objet ; ces développements, je l'espère, suffiront à rendre ma pensée compréhensible, relativement à l'utilisation clinique d'une méthode qui a fait ses preuves comme la méthode de Wassermann.

On a taxé de vague et imprécise la distinction capitale en deux catégories des paralytiques, les uns pouvant bénéficier du traitement spécifique, alors que les autres en pâtissent. Si la démarcation était impossible, ce serait une distinction sans portée pratique et dangereuse comme empêchant de guérir certains malades. Y a-t-il un critérium indiquant de manière exacte les cas où le traitement peut être utile ou au contraire dangereux.

Je propose d'utiliser le seul moyen, actuellement connu, d'apprécier objectivement quand un malade passe de la spécificité positive à la parasyphilis.*

* La méthode que nous avons suivie dans nos recherches avec M. Levaditi a été, à peu de choses près, celle de Wassermann et Plaut. En voici le principe : Toute combinaison hémolysante comporte la mise en jeu de 3 facteurs : la cytase ou le complément, un sérum hémolytique spécifique (ambocepteur) préparé en injectant à une espèce animale des hématies provenant de l'espèce étrangère b^2 et les globules rouges de l'espèce b. Lorsque ces trois principes se trouvent mélangés à une température de 36°, on observe la dissolution des hématies et la mise en liberté de l'hémoglobine.

Or, si avant de soumettre ces hématies à l'influence de l'ambocepteur hémolytique on introduit dans la réaction un mélange d'anti-

Car telle est bien, en dernière analyse, la question. Ce qui fait la difficulté et les discussions insolubles, c'est que l'on s'accorde sur la nécessité de détruire le spirochète avec les médications qui l'atteignent à coup sûr, tandis que lorsqu'il a disparu et que l'organisme se désagrège sous l'influence de ses dérivés toxiques, de ses paratoxines, le mercure n'agit plus. Il ajoute même une action promptement néfaste à l'action métaspécifique. Le traitement non seulement n'a plus alors d'action curative, mais il agit sur les éléments encore actifs, non paralysés, de la façon la plus fâcheuse. Selon l'opinion de notre maître M. le Prof. Fournier, la parasyphilis n'est nullement influencée par le traitement antisyphilitique. C'est pour cela d'ailleurs qu'on ne saurait préconiser un traitement trop précoce, afin de l'appliquer en temps de syphilis et avant passage à la métasyphilis.

Après ce passage, nous tirons sur un ennemi qui n'est plus là ; nous n'atteignons plus alors que l'organisme et j'affirme que c'est tuer le parasyphilitique à réaction parasyphilitique que de le mercurialiser trop tard.

Les observations de ce genre ne manquent pas, mais on ne publie pas volontiers ces cas fâcheux ; il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un autre danger à opposer à celui qu'on nous accuse de propager. Je prétends qu'il y a un moyen scientifique d'éviter l'un et l'autre, le danger de condamner à mort des pseudo P. G. par l'abstention d'une thérapeutique spécifique, et le danger de tuer des P. G. parasyphilitiques par un traitement mercuriel qui leur est néfaste et donne un

gène et d'anticorps (p. ex. des vibrions cholériques et du sérum anticholérique ou du b. typhique et le sérum correspondant), on constate que la dissolution des érythrocytes est plus ou moins complètement entravée et qu'une partie ou la totalité des hématies continuent à garder leur hémoglobine. Les recherches de Bordet et Gengou ont prouvé que cet empêchement de l'hémolyse est provoqué par l'absorption de la cytase par la combinaison formée entre l'antigène et l'anticorps.

Nous avons disposé nos expériences de la façon suivante : On mélangeait tout d'abord l'eau salée (I) au liquide céphalo-rachidien (II), à l'extrait d'organes syphilitiques (III) et à la cytase (IV). Puis on maintenait le tube contenant ce mélange à 36° pendant 2 heures. On ajoutait alors successivement l'ambocepteur (V) et les hématies, et l'on soumettait à nouveau les tubes à 36°. On examinait le résultat de l'expérience une demi-heure ou une heure après.

véritable coup de fouet à un processus qui, de rémittent, devient galopant.

Je considère donc qu'il n'est plus vrai de dire que le seul moyen de diagnostic, ici, soit l'épreuve du traitement, puisqu'elle peut dans l'une des hypothèses être nuisible.

D'abord je ferai observer que les pseudo-paralysies sont forcément soupçonnées de n'être que des pseudo-diagnostics, comme l'a dit Pierret. Ce ne sont dans l'immense majorité des faits, que des cas atypiques ou des formes spontanément rémittentes, que l'on finit toujours par voir revenir à l'asile et y mourir, P. G. confirmés. Certains auteurs, et j'en suis, tendent même à réserver l'étiquette de pseudo P. G. aux méningo-encéphalites non spécifiques, comme celles de l'alcoolisme chronique, du saturnisme, etc.

Pour un P. G. rémittent qui s'améliore après traitement spécifique, il ne faut pas crier victoire et croire que les autres sont condamnés à mort par l'abstention du mercure. Beaucoup de ces malades entrent en rémission spontanée, et les changements de leur réaction hémolytique dans ces cas de rémission sans traitement me paraissent encore militer en faveur de ma thèse, à savoir que l'on possède aujourd'hui dans les réactions de Wassermann un moyen sûr de vérifier si le malade est encore susceptible d'un traitement antisyphilitique, ou bien s'il est définitivement entré dans la phase paraspécifique et hors d'atteinte pour les secours de la mercuriothérapie.

S'il est un principe fondamental en médecine générale tout comme en thérapeutique dermatologique, c'est bien celui qu'on ne doit jamais soigner un malade sans avoir établi un diagnostic. Or c'est précisément pour cela qu'il importe de mettre cliniquement à profit le diagnostic de Wassermann pour éclairer le terrain thérapeutique en matière de syphilis et de parasyphilis.

Je crois posséder le service où se trouve le plus grand nombre de paralytiques généraux qu'il soit, car aucune autre ville que Paris ne fournit un pareil holocauste. Villejuif, étant le plus proche des asiles extra muros, concentre ces malades de préférence, vu leur état de faiblesse en raison duquel on les soumet au moindre trajet.

J'en ai toujours plus d'une centaine, et il en meurt cependant beaucoup. Au temps des premiers plaidoyers de M. le

Prof. Fournier pro mercurio, en 1888, j'avais dans le service de M. le Dr. Vollon, alors mon chef, essayé les frictions mercurielles et l'ancien traitement par la voie stomacale. Nous avions bien vite dû cesser en raison des désastreux résultats. Il y a 9 ans, en prenant la tête de ce même service, je projetais de soumettre à un traitement rédempteur mes parasyphilitiques, espérant tirer pour eux de l'hypodermie mercurielle le profit que n'avait pu donner la thérapeutique ancienne; j'eus des résultats de 2 sortes, les uns nettement fâcheux, les autres à demi consolants.

La deuxième série concernant des cas à forme rémittente, il y avait lieu de vérifier si les rémissions tenaient ou non au traitement. J'eus alors l'idée de contrôler par des ponctions préalables en série l'état de la leucocytose rachidienne, pour conduire le traitement et vérifier si l'atténuation des caractères lymphocytiques résultait de l'action thérapeutique.

Comme il convient en telle occurrence, il importait d'établir la statistique préalable hors traitement pour apprécier par notre contrôle céphalo-rachidien le bien fondé de nos conclusions post hoc. C'est alors qu'avec mon interne, M. Duflot, je m'aperçus de véritables fluctuations lymphocytiques, de poussées intermittentes coupées de suspension et même parfois de disparition de lymphocytes, précédant ou accompagnées des rémissions spontanées, indépendantes de tout emploi de mercure. L'albumo-diagnostic, appliqué aux liquides recueillis, donnait aussi des ondulations analogues, mais parfois distinctes de celles de la production de lymphocytes.

C'est au Congrès de Grenoble, en 1902, que j'ai communiqué mes premières recherches confirmées déjà par M. le Dr. Joffroy et depuis par beaucoup d'autres.

Et voilà pourquoi je crois qu'on ne saurait indistinctement soumettre tous ces cas au traitement mercuriel parce que, sans traitement, je les voyais suivre spontanément une série d'oscillations biochimiques évidemment en rapport avec une lutte contre les poisons dérivés du spirochète; l'organisme seul en faisait les frais sans aucun secours médicamenteux, et il importait de savoir auquel de ces deux moments de la lutte, l'appoint hydrargyrique pouvait intervenir.

La réponse semble pouvoir se dégager d'une nouvelle série de constatations que j'ai été conduit à faire lorsque Wassermann eut l'idée d'appliquer la méthode de Bordet-

Gengou au séro-diagnostic de la syphilis à toutes ses périodes.

Grâce à la collaboration continue de MM. Levaditi et Baussart, depuis 2 ans, j'ai pu multiplier sur les paralytiques généraux de mon service l'application de la réaction hémolytique sur le liquide céphalo-rachidien, à l'aide des ponctions en série chez les mêmes malades ainsi que chez les différents malades à toutes les phases de l'affection, et sur le sérum sanguin des mêmes sujets (avec, bien entendu, les contrôles répétés et multipliés sur des sujets non parasyphilitiques). Comme les nombreux auteurs allemands qui ont poursuivi ces recherches en même temps que nous, nous avons toujours trouvé les cas témoins avec réaction négative. Quant aux syphilitiques non P. G., nous ne leur avons pas trouvé de réaction syphilipositive en ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, si ce n'est en un seul cas où la lésion localisée tertiaire nous parut combinée à une méningo-encéphalite diffuse secondaire : c'était un cas mixte. Mais si les syphilitiques tertiaires avec lésions cérébrales en foyers ne donnent pas la réaction de Wassermann pour le liquide céphalo-rachidien, en revanche ils la donnent souvent pour le sérum sanguin et c'est ici que réside, à mon sens, la pierre de touche de la méthode au point de vue de la parasyphilis.

Je ne puis répéter ici, même en substance, les données acquises qui ont fait l'objet de communications successives à la Société de Biologie, aux Congrès d'Amsterdam et Genève et à la Société médicale des Hôpitaux. Mais je puis m'appuyer sur l'étude répétée de plusieurs centaines de réactions pratiquées tant à mon laboratoire qu'à celui de M. le Professeur Metchnikoff à l'Institut Pasteur. Ces constatations sont corroborées d'ailleurs par celles des laboratoires de Munich et de Berlin : Wassermann nous a fait l'honneur d'apporter à la Société de Biologie son approbation avec des résultats identiques obtenus en Allemagne par lui et ses élèves. Plaut, chez Kraepelin, a trouvé des résultats peu différents et a bien voulu confirmer nos observations présentées au Congrès d'Amsterdam. On peut résumer comme suit les faits acquis : dans les paralysies générales vraies confirmées et à antécédents spécifiques les plus nets et les plus anciens, la réaction syphilopositive de Wassermann fournie par le liquide céphalo-rachidien est à peu près constante, elle est d'autant plus marquée

qu'on a affaire à une P. G. plus avancée, la réaction du sérum sanguin est plus faible et manque souvent.

Dans la P. G. *incipiens* ou dans les phases de rémission commençante, la réaction du liquide céphalo-rachidien est plus faible et manque aussi fréquemment ; en revanche, la réaction du sérum sanguin est plus nette et forme toutes les transitions qui rattachent les parasyphilis aux cas de syphilis proprement dite.

Chez les syphilitiques, Musham a observé d'ailleurs des fluctuations du séro-diagnostic analogues à celles que nous avons signalées dans le liquide céphalo-rachidien des parasyphilitiques.

Lorsque la réaction comparée du liquide céphalo-rachidien et du sérum sanguin d'un P. G. donne une prédominance en faveur des anticorps dans le sang, on peut encore tenter la médication spécifique ; elle donnerait ses meilleurs effets lorsque le séro-diagnostic seul *s'accuse* et que l'encéphale et ses enveloppes ne sont pas encore *entrés* en réaction très appréciable par le procédé de Wassermann appliqué au liquide céphalo-rachidien. La lymphocytose peut exister déjà et l'albumo-diagnostic être positif, en effet, sans qu'on puisse déceler la réaction dite des anticorps.

L'encéphale est donc encore en état de résistance suffisante pour supporter la médication mercurielle ; mais lorsque le sang ne paraît plus produire d'anticorps ou en décèle moins, et que les centres nerveux traduisent leur désintégration commençante par la présence des lipoïdes dérivés de leurs composés albuminoïdes, il y a une véritable auto-digestion des éléments nobles du cerveau et de la moelle.

Le cerveau du P. G. se résorbe et meurt de la production même de ces anticorps incomplets mis en liberté au fur et à mesure de la fixation par les neurones d'une plus grande quantité d'antigènes. Le neurone semble avoir dépassé les limites de sa capacité de neutralisation des toxines ; on peut considérer que c'est par une sorte de digestion que l'antigène est transformé par les tissus en anticorps à l'aide de l'adjonction d'une partie de la cellule digérante. Cette transformation finit par épuiser la cellule qui, à son tour, est résorbée par les lymphocytes mononucléaires de la circulation et des tissus de soutènement.

Le paralytique semble mourir alors non pas de l'action

directe des toxines et des antigènes qu'il a neutralisés mais par une sorte de choc en retour, par surproduction de ses propres anticorps ; cette surproduction se fait aux dépens de la substance même des neurones qui disparaissent. Leur fonte se traduit par l'apparition graduelle des lipoïdes à réaction d'anticorps.

L'anatomie pathologique montre la dégénérescence des neurones, leurs altérations atrophiques de forme et leur diminution en nombre comme celle des tubes qui en émanent (fibres optiques comprises). L'analyse chimique des cerveaux des P. G. montre leur déminéralisation avec un coefficient d'hydratation d'autant plus grand que la disparition des composés azotés s'accentue.

Les ictus épileptiformes transitoires marquent cliniquement les étapes de ces fontes paroxystiques successives. Les toxines mises en liberté et les principes convulsivants propres à la substance cérébrale normale convulsivent les neurones subsistants.

Les plus usés et les plus délicats, ceux des zones moyennes et antérieures, sont les premiers à subir la résorption. Dans ces conditions, un traitement mercuriel ne pourrait que précipiter cette désintégration sans aucun profit, au contraire. On en peut dire autant d'un traitement à l'atoxyl, ainsi que je l'ai éprouvé et démontré (Soc. de Thérapeutique, 1907).

Autre chose, d'autre part, est l'imprégnation des germes procréateurs selon qu'ils émanent d'un organisme en puissance d'antigènes ou au contraire imprégné d'anticorps métatoxiques.

Dans les premiers cas seulement il y a transmission de toxines ou de spirochètes, c'est l'hérédosyphilis vraie ; dans ces cas seulement il peut y avoir séro-diagnostic positif et par suite indication à traitement spécifique.

L'absence de réaction au séro-diagnostic ne saurait prouver la non-syphilis, mais seulement la non-opportunité du traitement au moment de la réaction négative.

Dans la deuxième hypothèse, il y a ce que je me suis permis d'appeler hérédo-parasyphilis, que le mercure ne saurait modifier et où la réaction de Wassermann ne peut s'obtenir avec le sérum sanguin. Ces derniers sujets peuvent être syphilisés et n'en font que plus vite une parasyphilis cérébrale, comme je l'ai pu observer dans quelques cas de P. G. du père et du fils que je publierai ultérieurement.

Reste une objection que je reconnais très forte ; c'est l'absence de technique pratique permettant de faire entrer le contrôle du séro-diagnostic de Wassermann dans la clinique courante. Mais ce qui n'est pas encore trouvé peut se réaliser demain ; on peut espérer que cette séro-réaction et celle du liquide céphalo-rachidien puissent devenir comme l'oculo-réaction un procédé accessible à tous.

Nous avons cherché à y arriver, et Levaditi a pu avec la poudre de foie syphilitique rendre la réaction plus simple et commode dans la pratique du laboratoire.

C'est, je crois, de ce côté que peut venir le critérium satisfaisant pour trancher la question à l'étude ; du moment où le syphilitique devient parasyphilitique, le traitement spécifique cesse d'être applicable aux accidents parasyphilitiques du moins.

A l'heure actuelle, on peut évaluer à plus de 1188 le nombre des cas publiés où la réaction a été recherchée dans la paralysie générale. 96,5% ont donné un résultat nettement positif.

Morgenroth, Stertz, Meier, Plaut, Lesser trouvent 100% ; dans le tabes, nous n'avons trouvé que 60% ; les 300 cas publiés par divers auteurs donnent une moyenne de 73% positifs seulement. Nous n'avons pas trouvé d'autre réaction positive en dehors de la paralysie générale, bien que l'ayant appliquée à des lésions cérébrales spécifiques localisées, si ce n'est en un cas mixte (lésion en foyers associée à des lésions de méningo-encéphalite diffuse).

D'autres auteurs ont trouvé des méningites syphilitiques et des syphilis cérébro-spinales donnant une réaction appréciable dans le liquide céphalo-rachidien.

Raviart et ses collaborateurs ont même décelé la réaction d'hérédosyphilis chez certains dégénérés inférieurs, idiots ou déments précoces.

Harris l'a trouvée, aussi, dans certains hemiplégiés spécifiques et dans la paraplégie spastique.

Nous n'en avons jamais rencontré chez les vésaniques, dégénérés et déments précoces ; en revanche, la réaction révélatrice de l'infection tuberculeuse ou de l'hérédo-tuberculose a été signalée par Roubinovitch chez les déments précoces ; nous-mêmes l'étudions, mais partageons l'opinion de Besançon et de Serbonnes sur les oscillations variables de cette réaction

dans la tuberculose; par suite, il est encore difficile pratiquement d'en tirer partie en clinique, à moins de la compléter par la séroréaction d'agglutination sur cultures homogènes ou uroréaction à la tuberculine de Marmorek.

Quoiqu'il en soit, la valeur de ces applications nouvelles du biodiagnostic en Neurobiologie s'affirme chaque jour au point de vue étiologique comme à celui du diagnostic, du pronostic et comme direction thérapeutique. C'est sans doute pour cela que le Congrès français pour l'avancement des Sciences à Lille avait mis cette question à l'ordre du jour et que le Congrès de Budapest a proclamé l'importance de la découverte de Bordet. C'est là une double consécration bien faite pour encourager les chercheurs dans cette voie où je suis heureux de m'être engagé à la suite du savant maître qu'est M. le Prof. Wassermann de Berlin.

Sulla Demenza primitiva.

A. TAMBURINI.

La *dementia praecox* è certamente la malattia mentale intorno alla quale si sono sollevate le maggiori questioni e discussioni. Dalla sua *denominazione* alla sua *autonomia come entità clinica,* dalla sua *delimitazione sintomatica* alle *sue varietà cliniche,* dal *suo meccanismo intimo psicologico* alla sua *patogenesi* e alla *prognosi,* tutto è stato ed è oggetto di critica e di discussione. Certo essa, malgrado la non breve elaborazione storica che l' aveva preceduta, quando apparve sull' orizzonte della Psichiatria colla delineazione e le varietà cliniche attribuitele dal Kraepelin, conquistò subito tale formidabile posizione tra le forme psicopatiche e tale comprensività, da apparire come uno dei più grandi progressi della Patologia mentale e da attribuirle gran parte dei casi di psicosi. Ma l' avanzare della osservazione clinica e una sana critica hanno portato e portano ora alla necessità di una revisione di tutto quanto riguarda questa importante forma morbosa, ed a questa revisione noi intendiamo portare qualche contributo.

Denominazione. — Già alla stessa denominazione di *demenza precoce* si sono mosse obiezioni, considerando:

a) che se *demenza* vuol dire indebolimento con finale distruzione delle funzioni mentali, questo non sempre si verifica nelle forme attribuite alla *dementia praecox,* poichè in molti casi l' indebolimento è lieve, la distruzione non avviene, e in non pochi altri si è avuta anche la guarigione;

b) che se la parola *precoce* sta ad indicare l' età giovanile, essa non è esatta, perché spesso la malattia si sviluppa in età adulta ed inoltrata; se invece l' apparire precoce della demenza, anche questo non si verifica sempre.

Perciò, recentemente, partendo dal concetto che in questa malattia più che vero indebolimento e distruzione mentale si ha dissociazione, disgregamento degli elementi psichici, sono state proposte altre denominazioni, che accennano appunto a tale concetto. Così il Brugia, nel Congresso dei Medici

Alienisti Italiani del 1907, ha proposto la denominazione di *Parademenza*, e il Bleuler al Congresso dei Psichiatri tedeschi del 1908 quella di *Schizofrenia*, che appunto esprimerebbe il concetto della *scissione* delle varie attività psichiche.

Siccome per altro o sia indebolimento e consecutivo disfacimento, o sia dissociazione e disgregazione, il meccanismo intimo psicologico della malattia consiste in un processo dissolutivo, che si inizia ordinariamente sino dai primi stadi di essa, noi crediamo che la migliore denominazione sia quella già adottata da molto tempo dalla Psichiatria Italiana (era nella classificazione del Verga sino dal 1871) di *Demenza primitiva*, che integra appunto il concetto di un processo dissolutivo che si inizia sino dai primordi della malattia.

CARATTERE FONDAMENTALE DELL' ALTERAZIONE PSICHICA.

Kraepelin definisce la *dementia praecox* come la riunione di quadri morbosi la cui *comune caratteristica è data dall'esito in stati d' indebolimento mentale.* Il Tanzi come un *processo di disorganizzazione psichica che finisce in uno stato tipico di deficienza.* In queste definizioni è incluso il concetto classico della demenza, che consiste nel disfacimento della personalità, nell' annientamento dell' attività psichica nelle sue manifestazioni intellettive, affettive, volitive. Ma, come già accennammo, si è opposto da molti che nella *dementia praecox* non si ha ordinariamente vero e proprio disfacimento, ma bensì un processo dissociativo. Già Stransky aveva notato che il carattere fondamentale della malattia era la perdita della intima unità fra intelligenza, sentimento e volontà. Ed allo stesso Kraepelin, come al Tanzi, era apparsa evidente la discontinuità tra pensiero ed azione, fra vita intellettiva e vita affettiva, caratteristica della forma morbosa. E Regis, Toulouse e Demage considerano la demenza precoce come essenzialmente caratterizzata da stati primitivi di *confusione mentale.* Ma sul concetto della prevalenza ed estensione del processo dissociativo è stata dal Brugia più specialmente richiamata l' attenzione, dimostrando la discontinuità essere universale in questa malattia, consistere cioè in una disgregazione di tutti i processi psichici, percui tutto è incoerente e slegato: la rappresentazione delle cose esterne e la reviviscenza delle imagini, le energie sensomotorie e i sentimenti, il tono del

carattere e le reazioni affettive, i riflessi e gli atti volontari, che hanno rotto fra loro ogni attinenza, ogni legame, pur restando ciascuno per sè capace di funzionare in modo autonomo, isolato, quasi automatico, e dando con ciò l' impronta caratteristica alla sindrome morbosa. E questo concetto fondamentale del processo dissociativo fu pure affermato dal Bleuler e da lui sostenuto contro le obbiezioni che Kraepelin, Neisser e Heilbronner gli mossero al Congresso di Berlino.

Certamente questo criterio della dissociazione, come carattere fondamentale del meccanismo psicologico della demenza primitiva, è per sè giusto; ma è anche certo che esso non può volere a fornire quell' elemento diagnostico e prognostico essenziale di cui si abbisogna per potere sin dal principio della malattia differenziarla da altre forme anche demenziali e prevederne l' esito, poichè il fatto dissociativo si verifica sino dai periodi iniziali anche in altre forme di classica demenza, come quella *paralitica, alcoolica, senile,* salvo che in quella il fatto dissociativo permane e si accresce senza passare in molti casi al completo disfacimento psichico, come invece suole in questa avvenire.

Entità clinica autonoma. — Alla *dementia praecox* è stato da molti negato il diritto a costituire una entità clinica autonoma e ciò specialmente per la molteplicità delle forme cliniche in essa accomunate e per la differenza sintomatica che esiste fra di loro. Così il Bianchi vede in essa solo un esito di sindromi che variano a seconda dell' età del soggetto, ma che avrebbero comune il carattere iniziale della *frenosi sensoria.* E pel Regis e per molti degli alienisti francesi la *dementia praecox* non sarebbe che l' esito in cronicità di stati primitivi di confusione mentale. E molti altri autori, come Morselli, Potzl, Herver, Ossipoff, Schott, Agostini, Muggia, ecc., non ammettono *l' unità clinica* della sindrome Kraepeliniana, ma ne separano decisamente chi la forma catatonica, chi la forma paranoide, concordi però tutti nel serbarle la forma ebefrenica, oppure una forma mista ebefrenico-catatonica.

Varietà cliniche. — È certo che, mentre è gran merito del Kraepelin di avere raggruppato sotto il punto di vista del decorso, dell' esito e di alcuni sintomi comuni, molti casi e forme cliniche che prima erravano qua e là fra i vari quadri nosografici, però questo raggruppamento ha portato all' inevi-

tabile inconveniente di avervi accomunato casi e forme che l' analisi clinica mostra ogni giorno più dover costituire gruppi distinti e separati. E questo inconveniente è stato già da tempo rilevato dallo stesso Kraepelin, che già, nel suo *trattato*, parla della *riunione provvisoria di una serie di quadri morbosi che hanno a comune caratteristica l' esito demenziale.* E più recentemente nel Congresso di Berlino ha nettamente riconosciuto che nella sua *dementia praecox* si sono ormai accumulate e fuse, anche in modo eccessivo, le forme morbose le più disparate e che ormai è evidente la necessità di distaccarne alcune forme, come certi *stati allucinatori cronici, i casi a confusione verbale persistente* e forse anche le *catatonie tardive.*

E noi soggiungiamo che si devono separare dal quadro nosografico tipico della Demenza precoce le *forme guaribili,* che, secondo le stesse cifre del Kraepelin, oscillano fra 1·8 e il 13 %, e che certamente devono appartenere a processi morbosi ben diversi, e in cui uno studio accurato delle cause e della sintomatologia permetterà di costituire dei quadri nosografici distinti non solo dall' esito, ma anche da speciali caratteristiche cliniche, da portare pur anco alla differenziazione diagnostica e prognostica sino dai primi stadi della malattia.

E riteniamo che da ciascuna delle varietà nosografiche descritte dal Kraepelin l' esperienza clinica dia ormai diritto a sceverare forme speciali autonome, che sono ben differenti dai quadri caratteristici e dal decorso della demenza primitiva. Della quale noi riteniamo essere caratteri fondamentali.

a) la dissociazione psichica iniziale;

b) l' indebolimento mentale più o meno progressivo;

c) la inguaribilità.

E, seguendo questi criteri nosologici, per quanto riguarda la forma *ebefrenica,* l' esperienza clinica ci dimostra che in essa bisogna distinguere due categorie di casi:

a) quelli, che sono la maggior parte, in cui colla sindrome completa della classica ebefrenia, a fasi irregolari di sintomi maniaci, melanconici e confusionali, segue più o meno presto, ma sempre abbastanza sollecitamente, uno stato demenziale grave, profondo, progressivo, che porta al vero e totale disfacimento psichico inemendabile;

b) quelli nei quali, dopo fasi iniziali analoghe, ma meno

accentuate e meno tempestose, il processo dissociativo e distruttivo si arresta a un certo grado, che, pur non concedendo mai il ritorno alla completa integrità mentale, oppure non subendo mai la completa evoluzione psichica che dell' adolescente e del giovane deve formare l' uomo nella pienezza della sua mentalità, pure permette l' esercizio della vita famigliare, sociale e professionale, con uno stato di difettoso sviluppo psichico, ma senza speciali anomalie psicopatiche avvertibili, tanto da dare anche tutta l' apparenza della guarigione.

La prima categoria di casi costituisce il gruppo della vera *Demenza ebefrenica tipica* e ne forma la grande maggioranza.

Per la seconda, che si differenzia tanto dalla prima sia nella sindrome che nel decorso e nell' esito, io crederei si dovesse ritornare alla antica denominazione data dal Kahlbaum di *Eboidofrenia*, che, pure indicando in modo chiaro la rassomiglianza, ne permette però la distinzione.

Riguardo alla forma *catatonica*, che, da forma autonoma col Kahlbaum, è divenuta con Kraepelin una varietà demenziale ed ora tende di nuovo verso la sua autonomia, è anche qui da fare una notevole distinzione. La quale già intraveduta dal Kahlbaum, affermata da E. Morselli, da Ziehen, da Ilberg, da Meyer, da Wernicke, e non negata dallo stesso Kraepelin, è oggi sostenuta validamente da Thomsen, da Führmann, da Schott, da Muggia, da A. Morselli. La distinzione, cioè, di una *forma acuta, autonoma, guaribile*, e di una *forma ad andamento cronico con esito demenziale*. Alla prima spetta la denominazione di *Psicosi catatonica acuta o subacuta*: all' altra quella di *demenza catatonica*. E, naturalmente, fra le due forme si cerca di stabilire una differenziazione sintomatica da servire come criterio non solo diagnostico ma sopratutto prognostico, che per Schott consisterebbe nel minor disaccordo fra le idee ipocondriache iniziali e il tono sentimentale nella forma autonoma guaribile: per A. Morselli nella mancanza o rarità in questa forma delle allucinazioni, nella minore alterazione della emotività e nel minore infiacchimento delle energie volitive. Segni che in verità non rappresentano che delle semplici sfumature sintomatiche, mentre è certo che l' analisi clinica più accurata permetterà una più netta delineazione fenomenica a caratteri ben più marcati. E difatti, in base alla mia esperienza, io credo dover aggiun-

gere a questi caratteri differenziali la presenza di una fase di stupore completo, passivo, senza stato contratturale, e senza perdita di coscienza di sè e dell' ambiente come uno dei segni più frequenti nella forma acuta guaribile; giacchè è sempre alla cessazione di questi stati di stupore, e dopo una sindrome che da prima aveva preoccupato per una forma grave inemendabile, che ho veduto verificarsi la guarigione.

Maggiori contestazioni sorgono per la forma *paranoide*. Certamente al KRAEPELIN spetta anche qui il merito di avere sceverato dal grande cumulo dei casi attribuiti alla *Paranoia* molti casi che se ne differenziano per la mancanza di coordinazione tra le allucinazioni e le interpretazioni deliranti, per la loro variabilità, per disordine nei processi ideativi ed affettivi, per la progressività della disgregazione psichica e per l' esito finale in demenza, limitando così la Paranoia pura alle forme in cui il delirio è stabile, lucido, coordinato, ecc. Malgrado però questi caratteri così nettamente distintivi, molti casi in pratica non rispondono nè all' uno, nè all' altro di questi quadri morbosi. E mentre E. MORSELLI crede che molti dei casi attribuiti alla demenza paranoide debbano restituirsi alla *Paranoia originaria*, e MUGGIA invece li colloca nella *Paranoia acquisita*, AGOSTINI nega addirittura alle forme paranoide il diritto di far parte del gruppo delle Demenze primitive, ma le annette o alla *Paranoia precoce*, in cui comprende i deliri polimorfi paranoidiformi dei degenerati, o alla *Paranoia tardiva*, in cui comprende i deliri cronici a evoluzione sissematica di Magnan, venendo così o a negare ad esse il carattere e l' esito demenziale, o ad attribuire questo anche alla vera Paranoia.

Il che prova soltanto quanta confusione regni in questo argomento e quanto grande sia la varietà, pur nelle loro affinità cliniche, dei casi che si vorrebbero includere nella forma complessa della demenza paranoide.

E noi crediamo che sia erroneo tanto il volere assimilare questi casi, che ingenerano confusione perchè a confini non ben netti, tra le Paranoie sia *precoci* che *tardive*, sia *originarie* che *acquisite*, quanto il volerli tutti accumulare in una sola varietà della demenza primitiva, e che sia invece più consono ai fatti clinici il raccoglierli in una *forma intermedia*, che non è la *Paranoia pura* per la mancanza della lucidità, della coordinazione e della sistematizzazione del delirio, e non

è la *demenza primitiva paranoide*, perchè non si arriva mai al vero stato demenziale; e che è invece caratterizzato dallo stato dissociativo non però completo nè progressivo, e quindi da una certa stabilità delle idee deliranti per quanto non perfettamente sistematizzate, ma in cui anche dopo molti anni non si rendono mai evidenti i segni di disfacimento intellettuale, e in cui anzi si può avere col tempo un impallidimento del delirio se non una completa reintegrazione psichica. A questa forma intermedia potrebbe adattarsi la denominazione di *Parademenza con delirio paranoide.*

Non vogliamo addentrarci, nè il tempo assegnatoci lo permetterebbe, nelle ardue questioni relative alle *patogenesi* e alla *prognosi* di queste forme morbose: troppo incerti sono ancora i dati positivi per poter formulare, riguardo alla condizione patogenica, più che delle semplici ipotesi, e ancor troppo pochi e poco sicuri i criteri per desumere dai primi stadi della malattia l' ulteriore decorso e l' esito. Ma è appunto la ricerca scientifica degli uni e degli altri che costituisce oggi uno dei più alti cómpiti della indagine clinica, e il portar luce e certezza su di essi e sull' esatta delineazione nosografica di questo polimorfo complesso sintomatico, sarà uno dei maggiori trionfi della moderna Psichiatria.

Le rôle du psychologue dans l'éducation des enfants normaux et anormaux.

Par le Dr. AUG. LEY (Fort-Jaco, Uccle-lez-Bruxelles).

C'est une conception toute moderne que cette idée d'un rôle à remplir par le médecin dans le domaine de l'éducation de l'enfant. Il sera peut-être intéressant de soumettre à la discussion d'un Congrès international quelques données et points principaux sur ce sujet, de façon que nous ayons une vue d'ensemble sur le mode d'action et d'intervention médicales en cette matière dans les divers pays.

Il y a quelques années, le fait même de l'intervention du médecin dans l'éducation heurtait bien des esprits. Les médecins ignoraient ce qu'on leur voulait et préféraient s'en tenir à un misonéisme facile, les éducateurs voyaient avec quelque effroi leur domaine, jusqu'ici à eux exclusivement réservé, envahi par des psychologues et des physiologistes.

Il nous paraît intéressant de fixer en quelques points et de les soumettre à votre discussion les domaines principaux dans lesquels je pense que l'activité du médecin psychologue peut se manifester, de montrer dans quelles conditions et par quels moyens le médecin peut collaborer avec les éducateurs, parents et maîtres, ou avec le juriste à l'œuvre importante qui consiste à guider l'individu dans la voie du développement normal.

Il y a intérêt, je pense, à montrer quels liens unissent les diverses œuvres qui s'occupent de l'enfance et combien toutes marchent par des voies différentes vers ce but unique : l'amélioration de la race et la prophylaxie des causes de maladie et de dégénérescence.

Avant la naissance déjà, nous voyons le médecin se préoccuper de l'enfant par l'étude des conditions physiologiques de la conception et par la création des œuvres concernant la femme enceinte.

Après la naissance, la puériculture avec ses domaines divers est un champ d'action considérable et riche pour le médecin dont le rôle devient immédiatement celui d'un éducateur.

Le développement de l'enfant pendant les premières années, si important qu'il domine peut-on dire toute l'existence, doit être surveillé de près médicalement et les notions de l'éducation physiologique deviennent ainsi pour lui des plus précieuses.

C'est pendant cette période préscolaire que déjà le médecin et les parents attentifs devront se préoccuper des troubles qui peuvent survenir dans les organes des sens (vue, ouïe surtout), des troubles nerveux qui ont pu apparaître.

Bien des névroses, des psychoses et des maladies nerveuses pourraient être améliorées et peut-être évitées par des soins et une éducation précoces. Car, si le fond organique est nécessaire à la genèse des psychoses et des névroses il est certain que le milieu et l'éducation jouent dans leur évolution un rôle important.

La période scolaire est toutefois celle pendant laquelle le rôle du médecin et du psychologue comme éducateur s'est montré le plus répandu et le plus efficace.

Les médecins d'école, d'abord institués dans un simple but de prophylaxie des maladies contagieuses, ont agrandi dans ces derniers temps leur champ d'action et se sont mis à faire l'examen complet, physique et psychologique, des enfants. Dans le domaine de l'intelligence ils ont montré que les anomalies mentales ont souvent été prises pour de la paresse, du mauvais vouloir et de l'indiscipline et que les punitions corporelles et morales, les discours et les moyens pédagogiques doivent être remplacés par un traitement approprié.

Grâce à l'instruction obligatoire qui existe actuellement dans la plupart des pays civilisés, on voit tous les enfants passer par l'école ; ils peuvent y être contrôlés, expertisés, observés, on peut y déterminer leurs aptitudes, les tares tant physiques que morales qui existent chez eux et arriver à établir le régime intellectuel et physique le meilleur pour eux, ainsi que la direction professionnelle dans laquelle il sera le plus intéressant de les voir marcher. A ce point de vue il est utile de faire remarquer combien il faut se mettre en garde contre les classifications purement scolaires en intelligents et non-intelligents. Les appréciations pédagogiques doivent être sujettes à caution, surtout lorsqu'il existe une non-adaptation de l'enfant au milieu scolaire. Cette réaction peut être le fait d'un esprit absolument normal. L'école actuelle est en effet

un milieu très artificiel, absolument faux si l'on considère avec impartialité la nature de l'enfant faite d'activité, de spontanéité, de besoin de mouvement. Avec l'école actuelle qui impose l'immobilité, le silence, l'activité restreinte, l'enseignement uniforme «en bloc», on doit craindre de voir les non-adaptés à ce système anti-naturel, être pris pour des non-intelligents; fréquemment la soi-disant indiscipline des pédagogues n'est qu'une réaction assez normale contre un système d'éducation anti-physiologique.

C'est pourquoi l'appréciation de l'intelligence de l'enfant doit se faire autant que possible sur des bases ne dépendant pas des connaissances scolaires.

Ces remarques générales et préliminaires faites, examinons quelle devra être l'intervention du psychologue chez les normaux et chez les irréguliers*.

1° Chez les individus normaux ou réputés tels, car il est bien difficile de concevoir un type absolument normal, le psychologue a un rôle très important à remplir. Il y a un évident intérêt à établir expérimentalement la caractéristique mentale des individus et à rechercher dans ce but des méthodes et des tests. Les expérimentateurs modernes qui ont fait de la psychologie individuelle, les KRAEPELIN, BINET, SIMON, MOEBIUS, RANSCHBURG, STERN, LIPMANN, WRESCHNER, MORAVCSIK, TOULOUSE, SOMMER, WEYGANDT et bien d'autres ont montré la voie à suivre; les méthodes doivent en être perfectionnées et développées, mais on arrive dès à présent à déterminer avec une précision assez grande certains types mentaux et les caractéristiques de certains processus psychiques comme la mémoire, l'attention, l'adaptation, la suggestibilité. Les types auditifs, visuels, moteurs par exemple, sont souvent assez nettement établis. Des erreurs se commettent fréquemment par les pédagogues en voulant diriger un enfant dans une voie qui le rebute, en voulant employer avec lui des procédés ou lui faire étudier des branches que sa mentalité ne lui permet pas encore d'aborder.

L'intelligence humaine n'est pas une et souvent on voit des parties, restées lacunaires jusqu'à un certain âge, se développer fort bien, plus tard.

* Ce terme, proposé par DECROLY, est plus compréhensif et moins choquant que le terme anormaux.

Il est clair que pour bien faire l'éducation d'un individu, c'est-à-dire pour diriger harmoniquement son développement, il faut le connaître. Il y a intérêt à cultiver logiquement les prédispositions mentales existantes et à développer celles qui sont en déficit. C'est une grande erreur de l'ancienne pédagogie de considérer l'enfant comme une entité toujours la même, qu'on éduque de façon uniforme et à laquelle toujours on applique le même système. L'individualisation de l'enseignement aura la plus heureuse influence sur le développement mental de la race humaine. Alors qu'actuellement toutes les activités infantiles sont déprimées dans les vastes écoles-casernes qui érigent dans presque tous les pays modernes leur solennité et leur discipline rigide, forcée, il faut tendre à réformer l'école sur le système des petites classes, laissant aux enfants une liberté d'allures très grande, les plaçant dans un milieu approprié à leur mentalité, où leurs activités mentales et physiques peuvent se développer librement. Les tentatives des «Landeserziehungsheime» allemands et suisses sont très importantes et doivent servir de modèle et de guide dans la création des écoles modernes.

La tendance qui se manifeste dans l'organisation scolaire de Mannheim est très intéressante à signaler aussi au point de vue de l'individualisation. Les enfants y sont classés suivant leurs aptitudes scolaires : à côté des classes pour normaux, il existe des classes de répétition pour enfants moins bien doués, des classes de «doubleurs» pourrait-on dire. Puis parallèlement à celles-ci, des classes pour les arriérés (Hilfsklassen). Certains ont réclamé dans ces derniers temps, et avec une logique bien évidente, des classes pour les surnormaux (Bieroliet).

En résumé : dans les écoles pour enfants normaux, le médecin doit faire l'examen complet de l'enfant, surveiller sa santé physique et l'intégrité de ses organes sensoriels. Il cherchera d'accord avec l'éducateur à établir les caractéristiques mentales permettant de diriger scientifiquement son développement harmonique et à déterminer ses aptitudes, en vue d'un rendement social maximum.

L'action du psychologue dans les écoles de normaux est également indispensable si l'on veut arriver à établir scientifiquement et exactement la formule *normale* des diverses manifestations intellectuelles.

2° Chez les irréguliers le médecin psychologue a évidemment un rôle des plus importants.

Le terme irrégulier, proposé par Decroly, est plus compréhensif que le terme anormal généralement employé et peut réunir toutes les catégories d'enfants qui ne se trouvent pas dans des conditions normales de développement.

Une des premières préoccupations du médecin au sujet des enfants irréguliers est de les classer et, à ce point de vue, il est intéressant de noter combien peu l'accord existe sur ce classement. Celui-ci est nécessaire cependant afin de fixer les idées, de faciliter un diagnostic, un pronostic, et aussi une répartition rationnelle et homogène des enfants.

On a l'habitude en psychiatrie de reconnaître trois classes : les idiots, les imbéciles, les débiles. Seulement on s'entend fort mal sur leur délimitation. Alors que Sollier oppose l'idiot à l'imbécile en leur appliquant le critérium de l'attention, faible chez l'un, instable chez l'autre, nous voyons la plupart des auteurs allemands ne faire qu'une distinction de degré entre les deux. C'est ce que font Kraepelin, Weygandt et Ziehen.

Binet et Simon ont cherché dans ces derniers temps à préciser sur des bases psychogénétiques les notions idiot, imbécile et débile et proposent de dénommer idiot l'enfant qui n'arrive pas à parler ni à comprendre la parole : il correspondrait à l'enfant au dessous de deux ans ; l'imbécile n'arriverait pas à lire et à écrire et correspondrait au stade de deux à sept ans ; le débile arriverait à lire et à écrire, mais serait constamment en retard de deux à trois ans sur les enfants de son âge.

De Sanctis a décrit parmi les anormaux cinq mentalités ; les mentalités idiote, imbécile, vésanique, infantile, épileptoïde. Cette classification que l'auteur a précisée autant que possible par une description générale de chaque groupe est intéressante et a rendu des services au point de vue du classement, du diagnostic et du pronostic.

Weygandt a cherché à établir un classement anatomique de défectuosités congénitales, mais les cas légers, si nombreux et les plus intéressants au point de vue social, échappent actuellement à une tentative de ce genre.

Decroly, au dernier Congrès de Psychologie de Genève (1909), a présenté une classification générale attirant l'attention sur

l'étiologie des défectuosités. Il a divisé les irréguliers en deux grands groupes :

1° par causes extrinsèques (milieu) ;

2° par causes intrinsèques :

a) irréguliers des fonctions végétatives ;

b) irréguliers des fonctions de relation.

Parmi les irréguliers des fonctions de relation viennent tous les insuffisants mentaux. Devant la multitude de termes employés, Decroly propose d'adopter les termes insuffisance intellectuelle profonde, moyenne et légère, en donnant pour critérium l'absence du langage chez les insuffisants profonds, sa présence chez l'insuffisant moyen avec quelques réactions affectives et sociales ; la défectuosité des centres supérieurs (jugement, abstraction) caractérise le degré léger d'insuffisance.

Il sera peut-être difficile d'extirper ces expressions si généralement employées : idiot, imbécile, et c'est probablement dans la précision qu'il convient de leur donner que gît la solution de la question.

C'est par une étude approfondie des cas, basée sur l'analyse des fonctions mentales, sur les méthodes psycho-physiques et les tests mentaux, ainsi que nous l'ont montré à ce Congrès Sommer et Ranschburg, qu'on arrivera à éclaircir ces divers groupes et à en faire ressortir des entités pathologiques dont l'évolution, le pronostic et le traitement pourront être déterminés.

Pour tous les cas scolaires, les enfants doivent être étudiés en collaboration étroite par le médecin et le pédagogue. Il faut que nous nous habituions à travailler de commun accord avec l'éducateur, à employer avec lui des méthodes scientifiques. A ce point de vue l'institution dans les Universités de cours de psychologie pédagogique appliquée, et celle dans les écoles normales pour instituteurs de leçons destinées à les préparer aux méthodes scientifiques d'observation de l'enfant, sont des plus désirables.

Il serait important de voir la direction de tous les établissements médico-pédagogiques, écoles et asiles, confiée au médecin. Il est, par ses connaissances psychologiques, le mieux placé pour diriger le traitement et l'étude des faibles d'esprit dans une voie scientifique. Les pédagogues qui se destinent à l'enseignement des insuffisants doivent avoir par eux-mêmes une autorité pédagogique assez grande pour se passer du

directeur-surveillant qui veille à la stricte exécution du programme et dont l'autorité est souvent déprimante.

Il ne faut jamais perdre de vue non plus que les anormaux mentaux à tous les degrés sont des malades, et que chez la plupart on trouve une infériorité physique notoire, une insuffisance de la circulation, de la calorification, de la nutrition générale. Le médecin doit donc les surveiller de près et veiller à l'amélioration des conditions générales de leur nutrition. Il y trouve d'ailleurs parfois la clef des troubles mentaux présentés par l'enfant.

Quant aux sujets qui ont été en conflit avec la justice, les imbéciles moraux ou irréguliers affectifs (Decroly), leur examen médico-psychologique s'impose actuellement partout. Il n'est plus concevable qu'on les punisse, qu'on les emprisonne pour un temps déterminé, puis qu'on les relache, leur temps fini, dans la société sans avoir songé à leur appliquer les mesures thérapeutiques nécessaires.

Il faut avoir en vue une préservation sociale efficace contre ces êtres irréguliers et leur appliquer une thérapeutique appropriée, comme le travail en colonie ou à l'atelier. A ce point de vue le système de l'indeterminate sentence (New-York) est des plus recommandables.

D'accord ici avec le juriste, le psychologue devra soigneusement étudier les fonctions mentales de l'individu par les méthodes et les procédés physiologiques.

Ces études entreprises en commun par le pédagogue, le juriste et le médecin ont une importance pratique et sociale très grande : c'est dans la connaissance exacte des types d'anomalie infantile et dans l'application judicieuse des mesures préventives et thérapeutiques que gît toute la question de la prophylaxie des maladies mentales et de la criminalité.

Le tendenze criminali nei fanciulli deficienti.

Per il Dott. ERNESTO TRAMONTI, Assistente della Scuola di Neuropatologia della R. Università di Roma diretta dal Prof. G. MINGAZZINI.

E noto come già da tempo il SOLLIER [1] abbia diviso rispetto al criterio della socialità, i frenastenici in due grandi categorie ossia in *extrasociali* ed *antisociali*, comprendendo nella 1° Categoria gli idioti malati (idioti propriamente detti) e nella 2° gl' idioti non malati (imbecilli propriamente detti) e contrapponendo perciò l' innocuità dei primi alla pericolosità dei secondi.

Contro questa classificazione insorse il Prof. DE SANCTIS della R. Università di Roma, il quale sostenne invece che ad un certo momento della loro esistenza tutti i frenastenici, cerebloplegici o non, diventano socialmente nocivi (a meno che la malattia non ne riduca al minimo la vita di relazione) ossia di tutti i frenastenici si trovano in imminenza di antisocialità. [2] E l' epoca critica della vita, in cui in tali soggetti l' antisocialità si manifesta in tutta la sua nefasta potenza è l' alba dell' adolescenza e della giovinezza, nella quale concorrono varie circostanze favorevoli all' incremento della criminalità, così l' inizio della *Struggle for life*, la diminuzione della sorveglianza familiare, la possibilità delle *icètro sicazioni* (fra cui principale quella alcoolica), la facilità alle suggestioni criminose, lo sviluppo di malattie mentali e nervose proprie dell' adolescenza ed infine — potentissimo fattore la pubertà, ossia il risvegliarsi dell' istinto sessuale, vero lievito che fa fermentare e sibollire, spesso anche nei normali, tutte le basse stratificazioni della psiche umana!

Ma anche prima di tale epoca esistono tendenze criminali, sia pure allo stato rudimentale nei deficienti? A tale scopo volli istituire, nel modo più accurato che mi fu possibile, indagini rigorose sulla vita Etica di 136 frenastenici dall'età variabile dai 5 ai 14 anni che frequentarono o frequentano tuttora l'Asilo-Scuola per Fanciulli deficienti diretto

[1] SOLLIER: Psych. de l'idiot et de l'imbecile. Paris 1901.

[2] S. DE SANCTIS: *Soci Criterì* e sui metodi per l'Educabilità dei deficienti. Relazione fatta al' II° Congresso di Freniatrie in Ancona. Reggio Emilia 1902.

Id.: Intorno alla Cura dei Franciulli Frenostenici. Annali di Neorologia 1899. Fol. 4°.

dal Prof. De Sanctis. I resultati di tali indagini, spesso condotte per un periodo di tempo di 4 anni *perpuo*, sono riassunti nel seguente quadro:

(V. tab. p. 244.)

È ben lungi da me l'intenzione di voler dare un valore assoluto alle cifre, sarebbe voler cadere nelle esagerazioni, che sono state, e non a torto, così spesso rimproverate al metodo statistico ad oltranza. Ma giustificano i resultati delle mie ricerche la classificazione del Sollier. A me pare di no, non avendo trovato per le varie Categorie di Frenastenici tali differenze numeriche da potere assegnare a qualcuna di esse un peculiare e specifico carattere di antisocialità, essendo questo triste appannaggio comune a tutte con lievi differenze quantitative. E se una leggiera prevalenza di tendenze criminali nella mia Statistica si trova nella Classe dei Frenastenici biopatici od imbecilli, ciò è facilmente esplicabile ove si rifletta alla media dell' età nei miei soggetti alquanto superiore di quella degli idioti, alla maggiore efficienza di mezzi intellettuali e fisici posseduta dai biopatici. E ciò trovo perfetto *siscocetro* nelle affermazioni sopra ricordate del De Sanctis essere cioè tutti i deficienti nella maggioranza dei casi antisociali o nell' imminenza di esser tali. Epperò si ha il dovere di provvedere all' avvenire di questi miseri non solo dal punto di vista umanitario, ma anche da quello della prevenzione sociale. E certo che dopo quanto si è detto a proposito della crisi puberale (è interessante ricordare pure che nei deficienti è stato frequentemente osservato il fatto del così detto *arresto educativo* fra i 12 e 15 anni), salvo pochissimi casi favorevoli l'educazione e l'istruzione speciale impartite nei Frenastenici in un Internato, Esternato o Scuola che sia, nell' Età fanciullesca non è efficace a prevenire la loro temibilità nell' adolescenza, nè resta per loro mallevadoria di un futuro permanente adottamento sociale. Ma come provvedere? Il Koch di Zwiefalten, Jobel di Zurigo ed il Morel proponevano molto semplicemente di fondare istituti speciali per adolescenti e giovani degenerati. La proposta è molto radicale senza dubbio, ma per una molteplicità di ragioni non è nel momento attuale di effettuazione pratica. Migliore invece è quella del De Sanctis che proponeva (esclusi ben s'intende i frenastenici agnati per cui le famiglie hanno il diritto ed il dovere di provvedere, garentendone in ogni caso l' innocenza

	Frenastenici in genere	Maschi	Femmine	Frenastenici cerebropatici [1]	Maschi	Femmine	Frenastenici biocerebropatici	Maschi	Femmine	Frenastenici biopatici	Maschi	Femmine
	percent											
Tendenze criminali in genere	82·35	88·29	69·04	68·96	85	33·33	76·19	84·33	66·67	89·23	92	80
Tendenze contro le persone	72·79	82·96	50	68·96	85	33·33	59·52	66·66	50	83·07	90	60
Tendenze contro la proprietà	15·44	11·70	23·8	17·24	20	11·11	9·52	4·16	16·67	18·46	12	40
Tendenze contro il buon costume	26·47	25·53	28·57	17·24	20	11·11	26·19	29·15	22·22	30·77	26	46·67
Tendenze subcriminali [2]	38·23	45·64	21·42	27·58	35	11·11	33·33	41·66	22·22	46·15	52	26·67
Assenza di tendenze criminali	18·38	11·70	35·71	27·58	15	55·55	21·42	16·66	27·78	10·77	8	20
Condotta morale non organizzata	1·47	0·0	4·76	3·44	0·0	11·11	2·38	0·0	5·55	0·0	0·0	0·0

[1] Il De Sanctis ha classificati i frenastenici in: a) *Cerebropatici* o frenastenici con un minimo di degenerazione e con un massimo di alterazioni motone. A questa classe appartengono molto spesso frenastenici diventati tali dopo la nascita (Idioti) b) *biopatici* o frenastenici con un massimo di degenerazione e con un minimo di alterazioni motoru (imbecilli). c) biocerebropodici o frenastenici, che presentano ad un tempo notevole degenerazione ereditaria e fatti morbosi spiccati.

[2] Ho distinto con questa denominazione le tendenze, che pur non costituendo criminalità vera e propria sono tuttavia indice specie in fonnielli di grave povertà etica. Tali per esempio il mendocio abituale e greve, l'indocilità, il turpiloquio, la tendenza al vagabondaggio, all'accattonaggio ecc.

sociale, nel modo che credono migliore; esclusi gli ineducabili pericolosi che vanno rinchiusi senz'altro nei Reparti ad hoc dei manicomì, o non pericolosi (da rinchiudersi in speciali ricoveri o da sussidiare a domicilio) e gli epilettici (da rinchiudersi in Reparti di manicomì o di altri istituti o meglio ancora in Sanatori ed in Colonie Agricole sul tipo di quella di Bielefeld), per gli educabili pericolosi o non l' Educatorio razionalmente organizzato sino ai 12—15 anni e di poi per quelli migliorati ma non guariti definitivamente (ai peggiorati ed ai refrattari ad ogni stimolo educativo è da applicarsi il trattamento degli ineducabili) l'Assistenza sino ai 25 anni per mezzo delle Società di Patronato colle loro varie Istituzioni applicabili caso per caso. Così per alcuni basterà la vigilanza a domicilio coadiuvando in questo modo l'azione della famiglia, per altri sarà necessario il lavoro Agricolo Collettivo ed il Collocamento presso famiglie in Campagna, presso un Laboratorio, presso un' officina e così via. Le Società di Patronato dovrebbero anche cercare per quanto è possibile di non isolare il Frenastenico dalla sua famiglia esercitando naturalmente su questa la dovuta sorveglianza e cercando di promuoverne il miglioramento morale e la Cooperazione cogli educatori. Ove poi malgrado tutti gli sforzi, persistano nel Frenastenico giunto ad età maggiore i caratteri della temibilità sociale, la società ha il diritto di premunirsi eliminandone la pericolosità col rinchiuderlo o nei Monicomì o negli Istituti più acconci, che potrebbero sorgere in un tempo avvenire. Il mezzo educativo principale (più che l' Istruzione, che spesso nelle mentalità inferiori agisce in senso negativo) per organizzare il carattere morale, per sviluppare il senso di solidarietà e di giustizia è il lavoro muscolare, che favorisce l'incremento dei poteri attentivi, organizza il senso della disciplina e prepara l'animo all'abborrimento dell'ozio creando la preziosa abitudine dell' operare. Il lavoro deve essere ritmico, duraturo, perseverante e produttivo ed il frenastenico divenuto adolescente e giovane deve comprenderne ed apprezzarne lo scopo, egli deve vedere, misurare, amare, quasi compiarcersi della sua fatica. E con queste nobili parole del De Sanctis parmi sia tracciato nel modo migliore il programma, che non solo i governi, ma anche tutti gli uomini di Scienza e di cuore debbono volere per i più alti interessi della Società e della Civiltà Umana!

How shall we define Insanity.

By Prof. C. H. HUGHES, (St. Louis, Mo. U. S. A.)

The question of insanity is one of observation and fact, not of conjecture nor of psycho-philosophical disquisition. It is a fact and not a theory. It is a clinical subject to be seen rather than guessed at. We must either obey the Esquirolian injunction to live with the insane or see enough of the insane and clinically study them outside of asylums or within these institutions to know them well, before we are warranted in deciding concerning them with the assumption of expert alienistic judgment and correct conclusion, especially in those clinical shades that border the line, in common aberration, between apparent and possible mental obervation.

Definitions innumerable from that of Galen who recognized it as a disease of the brain without fever — «*delirium sine feber*», — to the many offered in our day and to about all of them some exception has been taken. But as we are expected to diagnosticate it so we must continue our efforts till we shall have reached such a comprehensive definition as shall meet with the concurrent acceptance of all Alienists who have the right, by reason of adequate clinical experience in psychiatry, to be recognized and designated as such by consensus of general professional opinion. Lawyers and the courts expect us to define and if wd decline will ask uswhy then do we considerit as experts in psychiatry before the law.

How shall we define insanity?

Galen as well as Hyppocrates and Esquirol and the latter's followers placed insanity on a clinical basis. Galen's recognition of delirium without fever was a marked designation of the insane state of mind as commonly seen in the chronic forms of the insanities as displayed in the hospitals for the insane, even of our day. A kind of chronic delirium, silent or demonstrative, may be discerned in all forms of insanity, long standing or recent and generally without marked febrile disturbance.

Acute insanities however, may have associate rise of temperature especially in traumatic and high grade toxic form. Insanities may be autotoxic as fevers are, but the acute autotoxicity or toxicity from without usually subsides before the condition of insanity is recognized as such.

Thus Galen made an important distinction between insanity and ordinary delirium and in calling it a delirium recognized the clinical or disease basis of the insanities.

He recognized it as a disease in discussing it. For if it were not a disease it would not be within his province or within our province or the province of any physician. Being so recognized we must clinically consider it, diagnosticate and define it, as we diagnosticate and define other diseases, and it is puerile and not wise to say before courts it cannot be defined. It is as definable as any other disease, which we do not hesitate to define even though the possibility of further revelation, clinical or microscopical or biological might lead us to modify the definition by extension or abbreviation of description. We know then that insanity is a disease, for this all experience since medicine wrested it from the domain of speculation and philosophy and it is a disease as ordinarily manifested, having its peculiar form or forms of delirium and ordinarily chronic in character, exceptionally recurrent as the epilepsias and of which it is sometimes an alternative display.

Now what sort of a disease is it and what are its common symptoms? How do the special symptoms of the different forms of insanity combine to display a composite symptomatology which we may aggregate and designate as one of insanity?

As Galen decided on the non-febrile idea, so Andrew Combe settled upon the term lordinarily chronic or a prolonged departure and without adequati external cause from the normal. Here he introduced the change of character criterion, a criterion good in the symptomatology of any disease. All disease shows in symptomatic expression a change in the normal functioning of the organ or symptom involved. Now then, how shall we designate that common aggregate of symptoms constituting the symdrome or *tout ensemble* of insanity and be so plain in our description that whoever falls within it that anyone, even a jury or judge in court, may see the disease as we see it.

Let us place before us the insanities now as they appear in characteristic symptom semblance and make our composite picture. Here is paranoia, hebephrenia or folie raisonante, or reasoning insanity, moral insanity, katatonia, melancholia, manic depressive insanity, *folie du doute*, dementia praecox, dementia senilis, terminal or secondary or destruomentia — as I have termed it — the dementia of brain destruction and the functional dementia of psychasthenia or cerebrasthenic dementia, true acute mania and all the delusional violences of disordered mind, including all the affective and toxic forms — alcoholic, cocainic, opiate active and deprivation forms, chloral, hashesh and all forms of ebrietatic aberrations. And what do all these other forms of mental derangement show in common? Why, change of function of the brain and mind — abnormal departure in their functioning with or without sensible disorder of function of other organs, but rarely, if ever, without circulation change as our great American psychiater Benjamin Rush observed in the beginning of the past century.

Then what is insanity? and how may we recognize it in all but its congenital teratological defect conditions, and even then if you use the normal family type for comparison?

Insanity is psychic departure from the normal functioning of the brain and mind, primarily or secondarily dependent upon disease change in the brain, by reason of which the normal ego is perverted, the natural character changed, so as to cause the individual to be out of normal harmony with his natural self or normal family character and out of psychic harmony with his environment.

It is a change that has come upon the individual from within and not induced by influences or motives from without and that cause is in the psychic neurone and center functioning caused by disease and not by ratiocination or rational motional impression or motive.

The definition of Andrew Combe, the English Alienist, was approved by Isaac Ray, the American Coryphæus, in the field of psychiatry and has served an excellent purpose before courts in differentiating insanity from other disease of the brain. To Combe insanity was'a prolonged departure without adequate external cause from the natural habits of thought feeling or action of the individual, and where the cause may be considered adequate it is only through the pathic change

in the psychic centers of the brain, either in function or structure, always probably in molecular structure, though this may not yet be revealed to us. It is inconceivable that intellectual cerebration can go wrong to the extent of insanity with no possible microscopic or molecular morbid cell change.

I purposely make no reference here to the many definitions extant in order that this contribution may not be unduly lengthened. The intelligent hearer will so recall them.

Le retour à la terre et l'assistance curative des épileptiques et débiles adultes.

Par M. le Dr. A. MARIE (Villejuif).

Pour les malheureux que l'on peut ranger dans la catégorie des épileptiques ou débiles adultes il n'existe actuellement aucun mode d'assistance spécial; le petit nombre de ceux qui sont assistés ne le doivent qu'à ce fait que les médecins, par humanité et en usant de subterfuge, ont, suivant la juste expression de LEGRAND DU SAULLE, «jeté sur leurs épaules la livrée du délire».

Or il importe de se rendre compte de l'importance numérique des malheureux qui sont en droit de solliciter l'assistance parce que épileptiques ou arriérés adultes, et d'examiner d'une part ce que la législation actuelle permet de faire pour eux et ce qu'il conviendrait de faire.

Considérons d'abord les épileptiques.

L'épilepsie est, sans contredit, sinon la plus grave tout au moins l'une des plus graves infirmités qui puissent frapper un individu. De tout temps cette horrible maladie a vivement frappé ceux qui assistaient à ses terribles effets et les anciens, y voyant une manifestation de la divinité, l'avaient appelée le mal sacré *.

L'épilepsie est en effet un mal terrible et grave pour celui qui en souffre, grave pour la famille du malade et pour sa descendance, grave enfin pour la société.

Le mal comitial, qui est un des plus difficiles problèmes de la médecine, semble un problème encore plus obscur pour la psychologie et pour la justice. Tout le monde a malheureusement assisté à une crise épileptique. Un homme jeune paraissant rempli de force et de santé, le plus souvent jouissant de toute sa raison, tombe brusquement à terre comme frappé par un choc invisible. Ses membres se tordent en des

* Une crise venait-elle à se produire pendant une assemblée, une comise, aussitôt la séance était suspendue ; c'est même là l'origine du nom de comitaux donné aux épileptiques.

convulsions atroces, sa face se contracte, sa bouche écume et pendant cette crise horrible le malheureux n'a conscience ni de ce qui se passe autour de lui, ni même de ce qu'il éprouve et n'en conservera aucun souvenir. Mais la crise passée, il demeurera brisé, abattu, avec un trouble plus ou moins marqué dans les idées et les sentiments. Cet état durera plus ou moins longtemps et le malade pourra être l'objet d'idées délirantes ou d'impulsions dangereuses, transitoires équivalents possibles de la crise convulsive. Enfin, au bout d'un temps donné et extrêmement variable selon les individus, les apparences de santé physique et morale reviendront jusqu'à ce que se produise une nouvelle crise.

Mais les manifestations de l'épilepsie sont extrêmement variées, ainsi que la fréquence des crises. Certains malades comitiaux auront à peine quelques faibles accès dans toute la durée de leur existence, conservant toujours l'intégralité de leurs fonctions intellectuelles. Pour ceux-là, que le mal ne fait qu'effleurer, la vie pourra n'être aucunement contrariée et ils pourront sans difficulté vaquer à leurs occupations et poursuivre leur destinée sans que leur maladie leur cause de trop grand désavantage. Il y a des hommes célèbres qui furent cependant des épileptiques, la liste en est assez longue, et l'on sait le rapprochement que le professeur Lombroso a voulu établir entre cette névrose et le génie comme avec le crime. Sans vouloir discuter cette thèse, peut-être entachée de quelque exagération, il faut cependant retenir que l'épilepsie n'est pas toujours une cause d'infériorité intellectuelle.

Mais à côté de ces comitiaux privilégiés, il en est d'autres au contraire que le mal frappe d'une façon terrible, et que des attaques trop fréquentes épuisent rapidement et mènent à la démence. Souvent même, atteints dès leur enfance, ils tombent très jeunes dans l'idiotie. Pour ceux de ces malheureux, qui ne versent ni dans la démence ni dans l'idiotie, la vie peut cependant être un calvaire atroce, et il peut leur être extrêmement difficile, sinon impossible, de gagner leur misérable existence. Ils deviennent souvent dans les ateliers un objet de terreur et de répulsion, tout le monde les plaint, mais aussi tout le monde les redoute et les évite. Sans compter les responsabilités complices incombant du fait de leur mal à des patrons qui les repoussent finalement, cette situa-

tion peut contribuer, dans une certaine mesure, à aggrave leur état et à les précipiter dans la misère, le désespoir, l'oubli par l'alcool et l'aliénation mentale, qui du moins permettra de les hospitaliser dans un asile.

Mais les catégories de comitiaux que nous venons de signaler, débiles, idiots, aliénés et déments, sont les échelons extrêmes d'une longue série entre lesquels trouvent place un grand nombre de cas intermédiaires dans lesquels rentre la majeure partie des épileptiques. Les formes cliniques du mal ne sont pas toujours nettes et bien tranchées, ce qui rend difficile d'élaborer des mesures d'assistance à la fois nettes et précises. Quoi qu'il en soit, les questions qu'il convient d'examiner en ce qui concerne l'assistance générale des épileptiques, peuvent se ramener aux suivantes ; en dehors des cas extrêmes que nous avons précédemment indiqués il y a des épileptiques simples ne relevant pas de l'assistance des aliénés proprement dite et d'autres épileptiques, aliénés, idiots ou déments tombant sous le régime de la loi de 1838 et ayant leur place dans les asiles.

Les asiles sont de plus en plus encombrés et l'idéal vers lequel doit tendre une organisation d'assistance bien comprise, est le classement des catégories d'assistés permettant l'adaptation la meilleure des moyens d'assistance, par rapport aux besoins particuliers des divers genres d'assistés. Aussi est-il permis de se demander s'il ne conviendrait pas d'ouvrir une catégorie nouvelle d'établissements spéciaux ; on y admettrait les épileptiques débiles qu'aucun service particulier ne prévoit et que les hôpitaux éconduisent comme chroniques, d'autre part on y ferait passer les épileptiques arriérés devenus adultes dans les services d'enfants, ainsi que les autres arriérés déments hors d'état de rentrer dans la société bien que non épileptiques, et tous les épileptiques et débiles adultes de tous âges qui encombrent les asiles d'aliénés de la Seine de leur vingtième année à la fin de leur existence souvent fort longue, malgré la démence consécutive ou l'idiotie initiale. C'est pour répondre à ces considérations que se créa la colonie de Chesal Benoît.

Mais revenons sur l'influence de l'épilepsie, sur l'existence des malades, abstraction faite des cas extrêmes ; voyons dans quelle mesure cette existence peut être troublée et enfin ces malades peuvent-ils devenir un danger pour la société et

convient-il, à cet égard, de prescrire des mesures protectrices spéciales?

Dès son enfance, ses crises sont un sérieux obstacle à son instruction et à son éducation. On le renvoie de tous les établissements d'enseignement, car ses attaques impressionnent très vivement ses camarades de classe et menacent de les rendre malades à leur tour. C'est là, en effet, un spectacle extrêmement pénible et des personnes vivant au milieu des malades depuis des années entières et leur prodiguant des soins journaliers, ne peuvent voir une grande attaque sans éprouver une émotion profonde qui parfois même va jusqu'à l'indisposition*. Dans ces conditions, on comprend quel effet peut produire ce triste spectacle sur la sensibilité extrême des enfants et l'on conçoit fort bien que les instituteurs s'efforcent d'éviter de pareilles émotions aux élèves confiés à leurs soins. N'a-t-on pas été jusqu'à prétendre que l'épilepsie était contagieuse et Mosso dit qu'on a raison de ne pas laisser les enfants regarder quelqu'un qui tombe du haut mal. Sans vouloir discuter cette assertion, bornons-nous à la relever et constatons que, dès l'enfance, l'épileptique est un être à part ou du moins considéré comme tel et objet d'une certaine horreur, que l'on ne peut discuter. Et cette répulsion instinctive le poursuivra toujours, et plus tard, lorsque, devenu homme, il voudra chercher à gagner sa vie, le fait seul de ses attaques lui créera les plus grandes difficultés.

Telle était encore la situation lorsqu'en 1881 fut instituée la Commission extra-parlementaire «chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés». C'était une occasion unique d'agir en faveur des épileptiques. L'inspecteur général Lunier publia un lumineux mémoire dans lequel il résumait les conclusions qu'il avait su faire triompher deux ans auparavant devant la Société médico-psychologique. Il demandait la création «dans le voisinage d'un certain nombre d'asiles d'aliénés de quartiers destinés à recevoir les épileptiques de la région, . . . quartiers spéciaux qui deviendraient rapidement autant de

* On peut citer les exemples historiques de l'hôpital d'Harlem (Van Swieten et Sighele) et de celui de Hoorn en 1673 où des épidémies convulsives résultèrent dans les services de l'entrée d'épileptiques en crise.

centres où les comitiaux non hospitalisés viendraient chercher des indications thérapeutiques et au besoin même des médicaments, dont ils pourraient faire usage sans être obligés de quitter leurs occupations... Mais, ajoutait-il, je voudrais quelque chose de plus ; il me paraîtrait désirable que l'Etat fît pour les épileptiques ce qui a été réalisé pour les aveugles, les sourd-muets et les aliénés et qu'il créât de toutes pièces un ou plusieurs établissements spéciaux où seraient reçus les épileptiques des deux sexes, curables ou incurables qui ne pourraient être admis ni dans les asiles d'aliénés, ni dans les hôpitaux ordinaires». Et il terminait en démontrant la nécessité d'une prompte solution afin qu'on ne laisse pas plus longtemps une classe nombreuse et intéressante à tous égards d'infirmes et de malades, dans une sorte d'abandon qui est indigne d'un grand pays.

Ce généreux appel fut enfin écouté et trouva un éloquent défenseur dans Théophile Roussel qui, dans son rapport à la Commission de revision de la loi de 1838, réservait une place importante à la question de l'assistance aux épileptiques. La Commission sénatoriale proposa d'ajouter à l'art. 1er de la nouvelle loi les dispositions suivantes :

«Les aliénés réputés incurables, les idiots, les crétins, les épileptiques peuvent être admis dans ces établissements (asiles d'aliénés) tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des maisons de refuge, des colonies ou autres établissements appropriés.

«L'Etat fera construire un ou plusieurs établissements spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots ou crétins et pour le traitement des épileptiques.»

Mais alors ce fut le gouvernement qui montra de la résistance et finalement le dernier paragraphe fut supprimé dans le projet de loi voté par le Sénat, sur la promesse que les idiots et les épileptiques seraient compris dans le programme des études auxquelles se livrait alors l'Administration, en vue d'apporter des compléments et des améliorations au régime d'éducation des jeunes aveugles et des sourds-muets ; quoi qu'il en soit, la cause des comitiaux avait fait un sérieux progrès et dès lors le principe de l'assistance spéciale et obligatoire des épileptiques pouvait être considéré comme définitivement admis. Le projet de loi portant revision de la loi de 1838, adopté par le Sénat le 11 mars 1887, fut déposé

sur le bureau de la Chambre des députés le 24 juin de la même année, mais il n'est pas encore venu en discussion. Depuis lors cinq législatures se sont succédé, cinq commissions ont été nommées, plusieurs rapports ont été déposés et toujours l'introduction de mesures spéciales visant les épileptiques a été maintenue.

M. Bourneville avait fait prévaloir, devant la Commission de 1888, le texte suivant :

«Les asiles publics doivent comprendre deux quartiers annexes destinés au traitement, l'un des épileptiques, l'autre des crétins et des idiots.

«Les épileptiques, les idiots et les crétins continueront à être admis dans les asiles d'aliénés en attendant l'ouverture de quartiers spéciaux.

«Dans un délai de dix ans, les départements devront ouvrir des établissements spéciaux ou des sections spéciales destinées au traitement et à l'éducation des enfants idiots, imbéciles, arriérés, crétins, épileptiques ou paralytiques. Plusieurs départements pourront se réunir pour créer ces établissements ou sections».

Ce texte, qui fut reproduit dans les projets et propositions de loi déposés au cours des deux législatures suivantes, avait reçu dans l'intervalle l'approbation du Congrès international d'Assistance de 1889 et, en 1891, la haute sanction du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le système proposé des quartiers annexes semblait donc devoir être la solution cherchée de l'assistance des épileptiques. Mais en 1893, M. Marandon critiquait sérieusement ce système et, invoquant l'exemple de l'étranger, présentait un chaud plaidoyer en faveur des colonies autonomes, qui, ainsi que nous le verrons plus loin, avaient rencontré un très grand succès et donné d'excellents résultats tant en Allemagne qu'aux Etats-Unis. Cette idée nouvelle rencontra en France de nombreux partisans, et le Congrès national d'Assistance de 1894 ne se prononce plus de façon aussi nette sur la forme à donner à l'établissement à créer ; il se borne à en affirmer l'urgente nécessité. Le rapport présenté en 1898 par M. Dubief porte trace de ce revirement d'opinion.

«Les asiles publics, dit-il, doivent comprendre, *à défaut et dans l'attente d'asiles spéciaux*, des quartiers annexes *ou des divisions* pour les épileptiques, les alcooliques, les idiots

et les crétins. Les alcooliques, les épileptiques, les idiots et les crétins continueront à être admis dans les asiles en attendant l'ouverture d'asiles spéciaux.»

Comme le faisait fort judicieusement remarquer M. le docteur Vigouroux dans son rapport de 1899 sur l'assistance des épileptiques, il est regrettable que le texte de la loi ne soit pas plus explicite sur la possibilité qu'auraient les épileptiques non aliénés d'entrer, à cause de leur seule épilepsie; le fait qu'ils «continueront à être admis dans les asiles» semblerait indiquer que les conditions dans lesquelles leur admission sera prononcée n'auront pas changé. C'est là une lacune grave qu'il importe de faire disparaître.

Il importe également d'examiner avec soin s'il n'y aura pas d'inconvénients à mélanger les épileptiques avec les idiots, les crétins et les buveurs.

Ajoutons toutefois que, dans son exposé des motifs, M. Dubief fait ressortir que la distinction entre épileptiques simples et épileptiques aliénés sera maintenue. «Il est bien entendu, dit-il, que les épileptiques ne peuvent être admis que dans des conditions d'hospitalisation spéciales et qu'ils ne peuvent passer de leurs quartiers dans l'asile proprement dit, lorsqu'ils deviennent aliénés, que conformément aux prescriptions que la loi fixe pour toutes les séquestrations.»

Tel est actuellement l'état de la législation des épileptiques. Nous ne pouvons ici que former un voeu: c'est que la législature actuelle ne prenne pas fin avant que l'assistance des comitiaux soit enfin organisée. Espérons que la Chambre actuelle ne fera pas comme ses devancières et ne laissera pas devenir caduc le nouveau rapport de M. Dubief.

En l'absence de dispositions législatives spéciales, les épileptiques sont soumis en France au régime général de l'assistance. C'est-à-dire qu'on ne les admet dans les asiles qu'en les reconnaissant aliénés ou dans les hôpitaux à l'occasion d'accidents graves ou de phénomènes aigus. Mais dans ce dernier cas il ne s'agit que d'une assistance de courte durée qui vise plutôt les accidents causés par des attaques par exemple, que l'épilepsie proprement dite. Cependant, usant de la faculté que la loi du 10 août 1874 laisse aux conseils généraux de créer des institutions départementales d'assistance publique et de services de l'assistance publique dans les établissements départementaux, certains départements

(Allier, Cher, Loir-et-Cher Bouches-du-Rhône, etc.) ont institué des secours pour les épileptiques ; quelques villes (Paris, Lyon, Toulouse) ont même aménagé à leur intention des installations spéciales. Enfin la charité privée a créé à leur intention en plusieurs endroits des refuges appropriés.

Actuellement, on peut établir comme suit le nombre des établissements publics ouverts à ce genre de malheureux :

Allier. — Asile du Haut-Barrieu (quartier annexe)	90	lits
Bouches-du-Rhône. — Asile Saint-Pierre (quartier annexe)	30	«
Cantal. — Asile de Ladevèze (privé)	120	«
Cher. — Hospice de Saint-Fulgent (quartier annexe)	20	«
Dordogne. — Asile John Bost (privé)	150	«
Drôme. — Asile de La Teppe (privé)	50	«
Haute-Garonne. — Hospice de La Grave (quartier annexe)	80	«
Haute-Vienne. — Asile de Nougeat (quartier annexe)	28	«
Loir-et-Cher. — Hospice Dessaigne (quartier annexe)	40	«
Rhône. — Hospice du Perron (quartier annexe)	210	«
Seine. — Hospice de la Salpêtrière (quartier annexe)	190	«
Seine. — Hospice de Bicêtre (quartier annexe)	162	«
Total	1172	lits

Il est vrai de dire que lorsque l'épileptique a la chance (?) de devenir en outre soit aliéné, soit septuagénaire, on lui ouvre la porte des asiles d'aliénés où on trouve 3547 internés et celle des hospices de vieillards, où on en relève 1650. Affreuse détresse que celle qui, pour obtenir un secours, en est réduite à souhaiter que la folie ou la sénilité viennent compliquer son malheur.

A Dun-sur-Auron, quelques épileptiques sont placés et assistés en famille, mais c'est encore sous le couvert de la foile que cette assistance s'étend à eux. Une telle situation est indigne d'un pays comme le nôtre et le département de la Seine, toujours à l'avant-garde du progrès, en matière d'assistance notamment, se doit à lui-même de donner l'exemple et sans attendre le vote de la loi de revision de la loi de 1838, créer un de ces établissements spéciaux qui s'y trouvent prévus en faveur des épileptiques. On peut évaluer à 1800 le nombre de ces malheureux existant dans la Seine sur lesquels un tiers au moins, soit 600, réclament une assistance.

Dans les asiles de chroniques, les travailleurs sont logés

à la ferme même, sans pour cela échapper à la surveillance médicale indispensable. L'asile proprement dit reste occupé par les impotents, par les entrants récemment évacués des asiles d'aigus et encore en observation, enfin par les affections intercurrentes. (Exemple d'Alt-Scherbitz.)

Dès lors, le travail devient la règle, et les résultats qu'on en obtient, tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel, sont pleins d'enseignements. L'aliéné se transforme comme l'asile s'est transformé lui-même. L'ordre et le calme règnent, et un des résultats les plus inattendus est que, parmi les plus actifs et les meilleurs travailleurs, figurent bon nombre de ceux qui, jusqu'alors, avaient passé pour intraitables et incapables d'application. L'exemple les a entraînés et, au lieu de l'agitation continuelle à laquelle ils étaient en proie, au lieu des vociférations, des injures et des menaces qu'ils proféraient sans cesse, on est témoin de l'apaisement de leur désordre, comme si le travail auquel ils sont soumis et qu'ils finissent par rechercher eux-mêmes avait produit une dérivation salutaire.

Ceux qui se montrent les meilleurs travailleurs sont les délirants chroniques. Il est vrai qu'il faut les stimuler, car ils resteraient volontiers dans l'inaction la plus complète. Mais, une fois formés au travail, ils font preuve d'une docilité et d'une régularité parfaites. Si, à la vérité, ils n'ont pas l'activité et l'entrain, ils ont plus d'égalité dans l'action automatique.

Les épileptiques aliénés eux-mêmes, bien que la nature de leur maladie ne permette pas qu'on les occupe indistinctement à tous les travaux, sont employés très utilement dans des circonstances déterminées et lorsque la marche et les allures de leur affection sont bien connues.

En France, il faut bien le dire, le système de l'annexion aux asiles de domaines culturaux assez vastes pour occuper tous les malades susceptibles de travail est suivi depuis fort longtemps, mais avec cette différence qu'il n'y a pas le dédoublement essentiel de l'asile en hôpital d'aigus et hospice d'incurables; il en résulte l'inconvénient inhérent au mélange de deux catégories aussi différentes et d'où s'ensuivirent inévitablement le débordement du service médical et la disparition des curables parmi les chroniques accumulés.

L'exploitation d'une ferme offre, dans ce sens, les meil-

leurs avantages, car le travail des champs est facile, salubre ; il exige peu d'attention, aucun effort intellectuel, et peut s'appliquer, sans grand apprentissage, à la plus grande partie des aliénés qui d'instinct ont, en général, une prédilection marquée pour les travaux au grand air. Et qu'on n'aille pas croire que la population urbaine aliénée non préparée aux travaux rustiques soit incapable de s'y adapter. Les meilleurs travailleurs des asiles ruraux de province sont, au contraire, les aliénés Parisiens transplantés en vertu des conventions d'assistance interdépartementales.

La ferme permet d'avoir, sans intermédiaire, le lait, les œufs, les fourrages et d'entretenir sans grands frais les chevaux et les équipages nécessaires à tout grand établissement. Quant aux autres produits de la grande culture, ils sont insignifiants si on les compare à ceux de la culture maraîchère, bien plus profitable au point de vue économique.

Les colonies d'aliénés ont l'incontestable avantage de démontrer que beaucoup de ces malades sont moins dangereux qu'on ne le suppose ; elles prouvent qu'on peut, sans nuire à la sécurité de tous, leur donner une somme de liberté plus grande que celle qui leur est généralement accordée, mais un esprit inexpérimenté peut seul voir dans ce mode d'organisation une méthode également applicable à toutes les catégories d'aliénés. «La colonie, dit avec raison M. J. Falret, peut convenir aux aliénés arrivés à une période avancée de chronicité, qui sont généralement tranquilles et inoffensifs, qui ne présentent que de loin en loin des paroxysmes d'agitation et qui n'exigent ni des soins ou un traitement assidus, ni des moyens de répression énergiques».

Griesinger, critiquant les dépenses considérables faites et à faire pour les asiles fermés, estime aussi que pour beaucoup de malades chroniques, cause de l'encombrement, il était préférable de les installer à la campagne dans une colonie agricole, ce qui fut plus tard réalisé (1876) à Alt-Scherbitz (Saxe), après avoir été fait en France à la ferme Sainte-Anne, en 1828, par Ferrus, à Fitz-James, par les frères Labitte, et aussi à Leymes (Lot) (1837).

Enfin, à Lyon, la colonie du Perron donne les meilleurs résultats pour les épileptiques.

Dans la Seine, grâce à l'initiative du docteur Bourneville, l'assistance médico-pédagogique des épileptiques enfants est

assurée en même temps que celle des jeunes idiots ; mais outre le mélange des deux catégories de malades, on peut critiquer l'absence d'établissement spécial pour les adultes épileptiques et arriérés, qui sont placés avec les autres pensionnaires des asiles, aliénés aigus et chroniques, sans organisation spéciale du travail, ni pour les uns, ni pour les autres.

M. Belloc, ancien médecin-directeur d'Alençon, partisan de ce mélange, soutenait qu'il suffisait d'une colonie agricole assez grande pour assister tous les aliénés d'un département et l'exonérer complètement des dépenses nécessaires à cette assistance.

On ne peut admettre la proportion de 75% de travailleurs, affirmée par cet auteur, qu'à la condition d'une sélection préalable qu'il rejette, encore est-ce avec ce correctif que le travail des aliénés n'équivaut guère en moyenne générale qu'au cinquième de celui des ouvriers ordinaires.

Dans ces conditions, nous ne voyons pas comment, dans la ferme indépendante comme l'entend l'auteur, tous les malades seraient employés fructueusement.

A ne compter que les 25% d'inoccupés qu'il admet lui-même, il serait nécessaire de créer des conditions spéciales d'habitation et de placement non prévues dans une colonie de ce genre.

L'existence d'un asile, serait-il réduit à un pavillon d'infirmerie, s'impose ; dès lors, la colonie n'est plus indépendante, mais annexée.

D'autre part, les inspecteurs généraux français (rapport de 1874) ont fixé les limites extrêmes de l'extension des colonies agricoles. Elles doivent comprendre en moyenne 10 hectares par 100 malades (15 pour les hommes, 5 pour les femmes) ; au delà, on n'en pourrait tirer qu'un bénéfice insuffisant par rapport aux prix d'achat (moins de 5%). Tels sont les résultats de l'expérience faite en France sur une grande échelle, résultats auxquels M. le docteur Brunet venait encore donner la confirmation de sa longue pratique au Congrès de Rouen (1890).

Pour tous ces motifs, il y a lieu de conclure au rejet de la colonie indépendante proprement dite, à laquelle on doit préférer la colonie annexée à un asile important, ou les colonies spéciales pour certaines catégories de malades (avec

exclusion des cas aigus) et groupées autour d'un petit asile central qui assure la surveillance médicale et les facilités d'isolement en cas d'exacerbations inopinées dans l'état mental ou nerveux.

Les colonies autonomes, sans infirmerie spéciale, telles que les ont préconisées BELLOC et d'autres, ne pourraient que paralyser encore le côté scientifique et vraiment médical du service auquel on reproche déjà d'être inefficace ; elles courraient en outre le gros risque de tourner à l'exploitation des malades travailleurs au profit des départements, au lieu d'être des instruments d'assistance.

La colonie de JOHN BOST, à la Force, Dordogne, comprend, outre les villages d'idiots, d'aveugles, etc., quatre colonies d'épileptiques : Eben-hezer, Siloë, Bethel, la Compassion.

Le docteur ROLLAND assure le service médical, et le prix maximum de chaque malade ne coûte pas à l'initiative privée plus de 400 francs par an.

La Teppe, près Tournon, comme la Devèze, près Saint-Flour, assiste deux cent soixante épileptiques dans les anciennes propriétés des comtes de LARNAGES, fondateurs.

En France, des tentatives nombreuses ont donc déjà été faites ; la plus ancienne colonie de ce genre est celle de Saint-Luc (Hautes-Pyrénées). En 1869, 37 hectares de terre y étaient cultivés, et on y élevait en même temps les vers à soie grâce à des plantations de muriers alors florissantes (Dr. AUZOUI, A. M. P., juillet 1869).

Des colonies familiales ont été aussi organisées dans les Vosges sous le second Empire.

Le défaut capital de toutes ces tentatives chez nous, c'est qu'elles s'appliquaient à tous les malades (aigus et chroniques) indistinctement et ne reposaient pas sur une sélection complémentaire préalable indispensable.

Entrer dans une telle voie serait un recul, alors qu'on doit tendre au contraire à la spécialisation des services et au classement détaillé des malades.

Comme le dit M. REINACH dans son projet de loi revisé : «Les établissements publics devront comprendre des quartiers annexes, distincts pour les épileptiques d'une part et pour les idiots et les crétins». M. DUBIEF a conservé en partie ces distinctions.

L'idéal serait de grouper les aliénés par diagnostic et ensuite par degré d'instruction et niveau social. Ainsi on leur

créerait un milieu convenable tout à fait propice à l'organisation d'un travail agréable et fructueux.

J'ai eu l'honneur d'établir sur l'étude à moi confiée concernant la création épileptiques et débiles adultes d'une colonie agricole d'aliénés dans le Centre.

Suivant les instructions, mes recherches ont porté dans la boucle formée par les lignes Paris—Bourges—Saincaize et Paris Bourges—Saint-Amand réunies par la ligne économique Saint-Amand—La Guerche.

D'après les renseignements recueillis au Ministère de l'Intérieur et à la Préfecture du Cher, la Commission du Conseil général a étudié la Colonie agricole pénitentiaire récemment formée à La Loge, et les locaux signalés par dissolution de la congrégation non autorisée de l'abbaye de Chezal-Benoît, près Issoudun (ancien séminaire des Pères de la congrégation du Sacré-Cœur).

Cinq autres établissements ont été offerts, que je ne citerai que pour mémoire, deux ayant été vendus depuis, et les trois autres étant insuffisants.

C'étaient la terre et les fermes et château des Barres, offerts au prix de 800,000 francs (promesse périmée et nulle) ; la ferme et les terres de la Cellette, près Ainay-le-Qiel, vendues depuis ; enfin, l'abbaye de Noirlac, près Saint-Amand (surface culturale insuffisante et liquidation délicate) ; les terres de la Cloye, près Dun (baron de LAUSANNE) et celles de Saint-Christophe-sur-Indre (Mme de BARANOWSKA).

Les quatre derniers établissements, bons pour une villégiature particulière et pour une famille peu nombreuse, ne correspondaient en aucune façon au besoin du Département ni au but qu'il se donnait ; les surfaces cultivables et bâties de deux seulement de ces propriétés suffisaient au but poursuivi, les voici :

Désignation	Superficie	Prix de vente principal	Valeur des surfaces complémentaires nécessaires	Valeur des immeubles existants	Valeur des constructions nécessaires	Totaux
	hectares	Frs.	Frs.	Frs.	Frs.	Frs.
Chezal-Benoit	600	450,000	50,000	100,000	600,000	1.200,000
La Loge	400	305,000	95,000	250,000	278,000	928,000

Les évaluations des immeubles existants et des immeubles à établir sont celles de M. LOISEAU, architecte départemental, qui en a fait l'objet d'un rapport détaillé.

L'avantage de l'achat de Chezal sur celui de La Loge ressort donc à une différence réelle de prix de revient de 422,000 francs.

Défalcation faite de la valeur des immeubles existant	à La Loge	1.100,000 Frs.
	à Chezal	678,000 «
Différence en faveur de Chezal		422,000 Frs.

Voyons, d'autre part, les évaluations que l'expert agronome a établies pour la création d'une colonie agricole du genre de celle prévue :

Les devis d'études techniques des services d'architecture et agronomiques montrent qu'il fallait prévoir une dépense de 350,000 francs pour un aménagement en colonie agricole, les recherches d'eaux, travaux de terrassement, viabilité et établissement de jardins n'étant pas comptés.

L'exploitation agricole est supposée de 300 hectares en culture normale.

A ces prévisions générales, il y a lieu d'ajouter les frais d'installation hospitalière et mobilière pour 400 colons, à raison de 300 francs par tête, soit 200,000 francs.

Ces frais sont calculés sur les prix de revient de la région et le coût d'un lit d'infirmerie dans la colonie familiale comparés au coût d'établissement du lit à Moisselles (670 francs par tête).

En ajoutant, pour imprévu et frais d'actes, 40,000 francs, nous obtenons 590,000 francs.

Ces frais complémentaires porteraient la dépense totale
à La Loge, à 1.590,000 Frs.
à Chezal, à 1.260,000 «

Mais comme le contingent des colons ne saurait être transféré en un an, d'une part, et que, par suite, la mise en valeur des cultures ne saurait être entreprise sur toute l'étendue du domaine, il serait indispensable d'échelonner sur plusieurs excercices le création des lits et la mise en valeur des terres.

Les installations immédiates d'immeubles seraient donc à réduire ainsi que les installations de cheptel, d'au moins 50,000 Frs. chaque 100,000 Frs.

Il en serait de même d'une partie des lits et des terrains

complémentaires à acquérir, que l'on pourrait se borner à louer avec promesse de vente :

200 lits à reporter	100,000 Frs.
Terres louées à n'acquérir que plus tard	60,000 «
Compte d'installation à reporter à des exercices ultérieurs	260,000 Frs.

SITUATION

Chezal-Benoît est une commune de 843 habitants, qui dépend du canton de Lignières, arrondissement de Saint-Amand-Montrond, département du Cher. Elle est limitrophe du département de l'Indre. Elle est située sur le plateau qui s'étend entre les vallées des rivières l'Arnon et la Thomaise (affluent de la Theols), affluents du Cher.

Un ruisseau, le Nouzay, qui a une vallée assez profonde, passe au pied des deux principales agglomérations de la commune, Chezal-Benoît et Dampierre-en-Lignières. Il est alimenté par de nombreuses fontaines, dont plusieurs d'un débit important, et dont l'eau est de bonne qualité.

Sur la rive gauche de ce ruisseau se trouve la forêt domaniale de Chœurs.

Un grand nombre d'habitants de la commune de Chezal-Benoît y travaillent la majeure partie de l'année comme bucherons.

Par suite du voisinage de ces bois, le pays est assez sain ; il y a peu de maladies épidémiques. D'autre part, la statistique des orages, notamment ceux de grêle, fréquents dans le département du Cher, principalement aux environs de Bourges, montre que Chezal-Benoît est assez épargné.

Le bourg de Chezal-Benoît est traversé par la grande route d'Issoudun à Lignières.

Issoudun est à 17 kilomètres de Chezal, et Lignières en est à 10 kilomètres.

Aboutissent également à Chezal les routes :

1° de Pruniers et Châteauroux, qui est distant de 40 kilomètres ;

2° de Mareuil et Saint-Florent, qui est distant de 23 kilomètres ;

3° de Villecelin et Châteauneuf-sur-Cher, qui est distant de 16 kilomètres.

Saint-Amand est à 36 kilomètres de Chezal et Bourges à 38 kilomètres.

Les stations de chemins de fer à voie normale les plus rapprochées qui desservent Chezal-Benoît sont Issoudun (grande ligne de Paris à Toulouse), d'une part, et Saint-Florent ou Châteauneuf-sur-Cher (ligne de Vierzon à Montluçon) d'autre part.

Les terres sont évaluées, dans le pays, de 1200 francs à 1500 francs l'hectare sur leur état de culture, leur situation, leur plus ou moins grande aptitude à produire des céréales ou de la vigne.

En donnant aux prés existants une valeur de 2000 francs l'hectare, on a tenu largement compte des possibilités de les diviser et des demandes d'acquisition qui sont faites par les habitants de Chezal-Benoît.

La dimunition qu'on pourrait faire supporter au prix des terres n'influerait, au reste, pas sensiblement sur la valeur totale du domaine, car il est bien évident que la répartition du prix global demandé est purement artificielle et que l'estimation à 50,000 francs de la valeur des bâtiments est nettement au-dessous de la vérité.

Quant aux bois, leur exploitation a été, jusqu'à ce jour, conduite d'une façon un peu trop vive ; les réserves sont trop peu abondantes, et on gagnerait certainement à faire des coupes à vingt ans au lieu de dix-huit.

Le chiffre de 400 francs de produit net à l'hectare nous a paru un peu élevé, quoique le bois soit bon et d'une seule essence (chêne).

Cependant, le prix demandé n'a rien eu d'exagéré, même si le revenu net annuel ne dépassait pas 350 francs à l'hectare.

Un chemin de fer économique, à voie d'un mètre, de Saint-Florent à Marçais, par Mareuil, Villecelin et Lignières, est actuellement construit ; un tronçon de raccordement sur Chezal est à l'étude.

Une ligne de chemin de fer à voie normale, de La Châtre à Issoudun, passant par Lignières et Chezal-Benoît, est projetée.

Un courrier en voiture, qui prend des voyageurs, part chaque jour d'Issoudun à quatre heures du matin, arrive à Chezal à six heures, et se rend ensuite à Mareuil et à Saint-

Florent, où il arrive à neuf heures du matin. Il repart de Saint-Florent à quatre heures du soir et arrive à sept heures à Chezal, d'où il repart aussitôt pour Issoudun, où il arrive à neuf heures du soir.

Chezal-Benoît possède un bureau de poste, téléphone et télégraphe.

HISTORIQUE

L'abbaye de Chezal-Benoît fut fondée en 1088. Elle fut incendiée au XVe siècle pendant la guerre des Anglais, puis reconstruite et encore détruite par le feu dans les premières années du XVIIIe siècle.

Le monument actuel (bâtiments *A* et *B*) ne fut achevé qu'en 1750.

C'était une abbaye excessivement riche, qui possédait également les couvents de Saint-Sulpice, de Bourges, Saint-Allyre, de Clermont, Saint-Martin, de Seez, Saint-Vincent, du Mans, Saint-Germain-des-Prés, de Paris, Charenton-en-Berry, Izeure, de Moulins, Saint-Laurent, de Bourges, Saint-Pierre, de Lyon, puis ceux de Saint-Martin, de Tours, Sainte-Colombe, de Sens, enfin Saint-Maur. De très nombreux prieurés en dépendaient, ses revenus étaient considérables.

Elle fut vendue en 1792 comme bien national.

L'immeuble fut racheté à un particulier pour 30,000 francs en 1833 pour y fonder un collège ecclésiastique par l'abbé Dubouchat, qui obtint en 1847 que son collège fut déclaré de «plein exercice». Il était très fréquenté par les fils de la bourgeoisie de la contrée. Il y eut jusqu'à 200 élèves.

Une société d'actionnaires fut fondée pour entreprendre des travaux d'agrandissement du collège (bâtiment *C*).

En 1860, la société céda l'immeuble à l'archevêque de Bourges pour 60,000 francs, mais peu après le collège ecclésiastique tomba en décadence. La congrégation des missionnaires du Sacré-Cœur, d'Issoudun, loua alors cet immeuble pour y former ses novices.

Ils firent construire, vers 1868, le bâtiment *D*, formant l'aile droite.

Ils furent expulsés, en vertu des décrets de 1887, mais ils revinrent prendre possession des immeubles en octobre 1890.

A la mort du cardinal Boyer, archevêque de Bourges, comme cette maison faisait partie de la mense épiscopale de

Bourges, l'administrateur de sa succession, à la requête du Gouvernement, fit mettre en vente le collège de Chezal-Benoît et ses dépendances pendant la vacance du siège.

Cet immeuble a été acquis par le Département de la société anonyme dite Société immobilière de l'Indre qui avait été constituée en juin 1897 (Me Etavet, notaire à Issoudun), société dont faisaient partie les pères missionnaires du Sacré-Cœur, d'Issoudun.

RÉCAPITULATION

1o *Estimation de la valeur des bâtiments actuels de l'ancien collège de Chezal-Benoît et de ses dépendances.*

Réponse. — D'après les devis et évaluations établis par le soussigné, cette valeur peut-être estimée à la somme de 250,000 francs.

2o *Estimation de la dépense que devrait engager le département de la Seine pour construire des bâtiments semblables à ceux existants sans se préoccuper de leur destination future.*

Réponse A. — Pour construire des bâtiments absolument conformes à ceux existants, la dépense pourrait varier entre 550,000 à 600,000 francs.

Réponse B. — Pour construire des bâtiments ayant les mêmes dimensions que les bâtiments actuels, mais avec des murs d'une épaisseur normale, en analogie avec les bâtiments *C* et *D*, la dépense à prévoir serait de 450,000 à 500,000 francs.

3o *Evaluation de la dépense de remise en état des bâtiments existants, toujours sans se préoccuper de leur destination future.*

Réponse. — Cette dépense pourrait varier entre 20,000 et 30,000 francs. Pour établir ces chiffres, le soussigné a supposé qu'on se trouvait dans la situation de la réoccupation des bâtiments par les derniers occupants.

4o *Evaluation de la dépense d'appropriation des locaux pour les aménager en vue de la future colonie agricole.*

Réponse. — *Les travaux d'appropriation* prévus dans le devis peuvent être scindés en deux parties :

a) Appropriation immédiate réduite ;

b) Appropriation ultérieure complétée.

APPROPRIATION IMMÉDIATE RÉDUITE (300 lits)	PRIX DE DEVIS PRÉSENTÉ rabais déduit	PRIX RÉDUITS	OBSERVATIONS
	Frs.	Frs.	
Ferme	146,330	120,000	
Cuisine	74,650	70,000	
Bains généraux	64,650	60,000	
Machines	191,400	175,000	
Diverses machines	13,500	5,000	
Buanderie	91,000	90,000	115,000
Pliage	27,000	25,000	
Forage puits	19,000	19,000	
Abri du moteur et pompes	3,800	3,800	Imprévu 5,750
Château d'eau	47,000	45,000	Honoraires 6,250
Distribution d'eau	15,500	15,500	127,000
Canalisation d'assainissement	18,000	18,000	
Epuration	40,000	25,000	
Irrigation	5,000	5,000	
Ancien collège	235,900	200,000	
Routes, nivellements, clôtures	26,000	25,000	
	1,020,000		
1 pavillon de 100 malades	245,000	245,000	
1 pavillon (surveillant chef)	31,000	31,500	
1 pavillon (personnel secondaire)	74,000	74,000	
Total	1,370,790	1,251,800	
Imprévus 1/20e	68,500	62,590	
	1,439,290	1,314,390	
Honoraires et frais d'agence, voyage, etc	81,900	75,610	1,390,000
Total général	1,521,190	1,390,000	1,263,000

Au devis général, pour 1,000 malades, il conviendrait d'ajouter au chiffre de 4.514,500 francs la dépense d'un pavillon de directeur-médecin et de deux pavillons jumelés pour 4 assistants, 4.579,850 francs.

	DÉPENSES de première installation	DÉPENSES annuelles d'entretien
ENTRETIEN DES BATIMENTS	Frs.	Frs.
Dépense annuelle d'entretien	—	1,000
Installation de la cuisine, marmites, etc. Lingerie, vestiaire, ateliers, écuries	15,000	—
Dépense annuelle d'entretien, suivant la surface	—	3,000
ASSURANCE CONTRE L'INCENDIE	—	3,000
FRAIS D'ADMINISTRATION		
Confection de registres. Direction. Economat. Magasin	1,500	—
Dépense annuelle	—	1,500

Frais de transports	Dépenses de première installation	Dépenses annuelles d'entretien
	Frs.	Frs.
Achat de voitures, chevaux, harnais	6,000	—
Dépense annuelle d'entretien	—	1,200
Fourage et Litière		
Dépense annuelle d'entretien et consommation	—	2,000
Frais de sépulture		
Achat de suaires, cercueils	—	600
Tabac	—	300
Gratification aux travailleurs		
100 travailleurs à 0 fr. 10 c. par jour pendant 300 jours	—	3,000
Distractions aux malades		
Jeux divers, concerts, etc.	—	500
Bibliothèque médicale et matériel scientifique		
Laboratoire	2,000	—
Dépense annuelle d'entretien	—	500
Frais de transfèrement. — Dépense d'ordre (voir recette)	—	500
Enseignement aux infirmiers		300

RÉCAPITULATION DES DÉPENSES
d'entretien au budget annuel prévues pour 1909 à 1910

Personnel (le personnel subalterne étant recruté sur place et aux prix du pays)	—	35,880
Nourriture	—	89,500
Pharmacie	10,200	2,000
Habillement, blanchissage	55,300	23,000
Chauffage, éclairage	—	27,000
Coucher, entretien et renouvellement des meubles	37,800	7,000
Entretien des propriétés et bâtiments	18,000	4,000
Dépenses d'entretien	9,500	13,400
Totaux	130,600	201,780
Frais d'installation de l'exploitation agricole	172,400	
Total	303,000	

Prix de journée : 1 fr. 71 c., réductible de 0 fr. 25 c. par l'exploitation culturale, soit 1 fr. 46 c. avec de 300 malades et en triplant l'effectif, 1 fr. 25 c. environ.

Recherches

sur l'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-rachidien en psychiatrie en général et dans le traitement des états anxieux en particulier.

Par le Dr. JACQUES ROUBINOVITCH (Paris).

En novembre 1908, j'ai attiré l'attention de la «*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*» sur les avantages retirés par moi, dans le traitement de trois épileptiques, des *injections hypodermiques ou intramusculaires du liquide céphalo-rachidien d'origine hétéro-comitiale*[1].

Un mois après, le 25 décembre 1908, j'ai présenté à la «*Société Clinique de Médecine Mentale*» de Paris, un malade atteint de dégénérescence mentale, avec psychasthénie, dépression mélancolique anxieuse, céphalée constante et intense, idées de suicide à qui j'ai fait le 31 octobre 1908, une injection hypodermique de quinze cmc. de son propre liquide céphalo-rachidien. Quinze jours après, le malade s'est déclaré débarrassé de son anxiété et de sa céphalée ; il ne songeait plus au suicide et se préparait à reprendre son travail habituel d'ouvrier d'abattoir[2]. Ayant eu l'occasion de revoir ce malade 72 jours après qu'il s'était déclaré guéri, j'ai pu constater que l'amélioration s'est maintenue intégrale. Ces faits, ajoutés à d'autres observations concernant des paralytiques généraux à l'état de stupeur chez lesquels des injections hypodermiques de leur liquide céphalo-rachidien provoquaient la disparition de la prostration et de l'apathie, m'ont engagé à continuer mes essais d'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-

[1] J. Roubinovitch. Les injections du liquide céphalo-rachidien autogène dans le traitement des états asthéniques d'origine organique ou fonctionnelle. Bull. de la Soc. Clinique de Médecine Mentale, No 5, Décembre 1908.

[2] J. Roubinovitch. Quelques faits biologiques observés chez les épileptiques à la suite d'injections hypodermiques ou intramusculaires du liquide céphalo-rachidien d'origine hétéro-comitiale (avec présentation de malades). Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (séance du 27 novembre 1908).

rachidien en psychiatrie et j'apporte aujourd'hui à la Section psychiatrique du Congrès de Budapest une nouvelle série d'observations de malades anxieux *traités par l'injection hypodermique de leur propre liquide céphalo-rachidien.*

OBSERVATION I

C. L., 45 ans entré à Bicêtre le 28 janvier 1909 à la suite d'une tentative de suicide par submersion. A l'examen psychiatrique on constatait que ce malade était atteint de débilité mentale avec dépression mélancolique, vive anxiété, idées de persécution fondées sur des hallucinations auditives. Il avait déjà commis deux tentatives sérieuses de suicide (coups de couteau dans la région du cœur, précipitation dans la Seine),

Au bout de quinze jours, malgré le repos, l'isolement, le régime alimentaire exempt d'excitants, les bains, les calmants, on n'observe aucune amélioration dans l'état mental du malade ; il est toujours anxieux, a des hallucinations auditives terrifiantes, veut mourir, se tuer, etc.

Le 13 février, après une ponction lombaire qui a donné 20 cmc. de liquide, nous lui faisons dans la région fessière une injection hypodermique de dix cmc.

Avant la ponction : Pouls 58. Tension artérielle 14,5.

Après la ponction : Pouls 64. Tension artérielle 16.

Après l'injection : Pouls 61. Tension 15,5.

Dans les 24 heures, se produit une ascension thermique de cinq à six dixièmes. La temp. redevient normale les jours suivants.

Le 20 février, le malade se sent amélioré. Il dort bien. N'a plus d'hallucinations auditives terrifiantes. Dans la journée, il lui passe encore de temps à autre «quelques idées noires». Il pense, dit-il, à ses parents qui ont été malheureux ; il se demande, s'il n'aurait rien pu faire pour eux, mais il se répète qu'il n'a rien à se reprocher à cet égard. Pas d'idées d'auto-accusation, ni de persécution. Il reconnaît qu'il a été malade et déclare vouloir et pouvoir travailler.

OBSERVATION II

E. Maxime, 32 ans, imprimeur, entré à Bicêtre le 3 février 1909, pour un accès de délire mélancolique avec anxiété, psychasthénie, sensiblerie, idées de persécution et d'indignité, illusions et hallucinations pénibles, le tout évoluant sur un terrain de prédisposition héréditaire. L'état du malade n'étant point modifié un mois après, on lui fait le 6 mars une injection hypodermique de 15 cmc. de son propre liquide céphalo-rachidien.

Avant la ponction : Pouls 102. Tension artérielle 14.

Après la ponction : Pouls 93. Tension art. 13,5.

Après l'injection : Pouls 96. Tension 14,5.

Le lendemain matin, la température rectale est de 38°, au lieu de 36,9°.

Le 15 mars, le malade déclare qu'il ne lui reste plus qu'un souvenir confus de ses préoccupations mélancoliques. Il nous dit textuellement ceci :

«J'ai entendu tant de choses ! Il m'est bien difficile de me reconnaître à présent dans ce qui était vrai et dans ce qui était faux.»

E. se trouve mieux. Il affirme ne plus souffrir de la tête. Il est effectivement plus calme ; il n'a plus des soupirs d'anxiété. Il lui semble encore que de temps à autre, dans la salle, on le montre au doigt, sans qu'il sache pourquoi. Il s'alimente mieux. Son sommeil est plus profond, plus prolongé et cela sans l'intervention d'aucun médicament hypnotique.

Très amélioré, le malade est repris par sa femme à la fin du mois d'avril.

OBSERVATION III

D. Louis, 19 ans, ébéniste, est arrivé à Bicêtre le 6 avril 1909. avec un délire hypocondriaque extrêmement anxieux. Il se croyait possédé par un «ver», suppliait qu'on lui ouvre la gorge, qu'on l'opère. Il a commis deux tentatives de suicide par pendaison. A l'examen psychiatrique, nous constatons que ce malade présente un fond de débilité mentale avec troubles de la sensibilité générale, préoccupations hypocondriaques de nature zoomaniaque et extrême anxiété qui allait crescendo sous nos yeux depuis l'entrée.

Le 17 avril, nous faisons à D. une injection hypodermique de 15 cmc. de son propre liquide céphalo-rachidien.

Avant la ponction lombaire : Temp. 37,4. Pouls 88. Tension artérielle 12,5.

Après la ponction : Temp. 37,4. Pouls 86. Tension 11,5.

Après l'injection (aussitôt après) : Temp. 37,4. Pouls 84. Tension art. *a)* 12, *b)* 11,75 (5 minutes après).

La température rectale a été prise 12 heures après l'injection : 38°.

Il y a donc eu dans les 24 heures une légère élévation thermique comme dans les deux observations précédentes. Quinze jours après, le 2 mai, on constate que le malade parle infiniment moins de son «ver».

A la fin du mois de mai, son anxiété a totalement disparu. Quand on lui demande des nouvelles de sa santé, il sourit en se déclarant infiniment mieux.

En juin, il nous explique spontanément qu'il attribue ses idées délirantes du mois d'avril à une irritation de la gorge mal interprétée. Il se déclare guéri. Le 20 juillet, il est rendu à sa famille en bon état mental et physique.

OBSERVATION IV

V. Joseph, 28 ans, cultivateur, entré le 23 avril 1909, à Bicêtre pour un accès de dépression mélancolique avec vive anxiété, idées de culpabilité et de persécution. Il se disait poursuivi «par la Justice» qu'il voyait derrière, devant et au-dessus de lui. Le regard était fixe et anxieux. La parole était lente, entrecoupée de profonds soupirs.

En présence de cet état de profonde angoisse, nous procédons

immédiatement à l'injection de 10 cmc. de son propre liquide céphalo-rachidien.

Avant la ponction : Temp. 36,9—37. Pouls 54. Tension artérielle 13,25. Tension du liquide c.-r. 7.

Après la ponction : Temp. 37°. Pouls 60. Tension art. 12.

Après l'injection : Pouls 60. Tension art. 12,5.

La soir après l'injection, la temp. rectale est montée à 37,9°. Pendant 24 heures, il y a donc eu une très légère élévation thermique. Dans les quinze jours qui ont suivi notre intervention, l'anxiété a disparu. Le malade parlait encore de ses idées de culpabilité, mais en souriant. Un mois après, son délire mélancolique a disparu complètement.

OBSERVATION V

B. Louis, 26 ans, employé de commerce, entré le 24 juin 1909, dans mon service de Bicêtre pour un état de psychasthénie avec angoisse et idées de suicide. Le jour même de son entrée, je lui fais une injection hypodermique de 10 cmc. de son liquide céphalo-rachidien.

Après les modifications habituelles et passagères de la temp., du pouls et de la tension artérielle, l'élément anxiété a disparu huit jours après. Le malade insiste surtout sur sa sensation de «tête libre». Il peut lire, s'occuper, et ne manifeste plus que des intentions rassurantes sur son avenir : veut reprendre ses occupations, espère réussir, se sent plus énergique, etc.

A cette série de cinq cas où la méthode des injections hypodermiques du liquide céphalo-rachidien des anxieux eux-mêmes leur a été profitable, je dois à la vérité citer trois observations dans lesquelles elle n'a pas produit de modifications favorables.

OBSERVATION VI

G. Jules, 32 ans, atteint de psychasthénie constitutionnelle et manifestant une angoisse chronique depuis plus de vingt ans. Ce malade, absolument désespéré, m'a été adressé en février 1909, par le Docteur Hartenberg avec le concours de qui, je lui fis au mois de mai dernier une injection hypodermique de 10 cmc. de son liquide. Le malade n'a retiré de cette injection aucune amélioration et son état psychasthénique est resté aussi accusé qu'avant l'intervention.

OBSERVATION VII

B. Camille, 35 ans, journalier, entré à Bicêtre le 29 mars 1909 pour un délire mélancolique avec hallucinations multiples, idées d'auto-accusation et de persécution, frayeurs, remords, idées et tentative récente de suicide, tremblement des doigts, habitudes alcooliques anciennes. Le 30 mars, on lui fait l'injection de 10 cmc. de son liquide céphalo-rachidien.

Avant la ponction : Pouls 80. Tension art. 13.

Après la ponction : Pouls 78. Tension 13,5.

Après l'injection : Pouls 80. Tension 14.

La tension du liquide céphalo-rachidien a été de 15. En avril on ne constate aucune amélioration dans l'état mental du malade : il est aussi déprimé et manifeste la même anxiété. Il a de l'insomnie avec des cauchemars zoopsiques.

Même état en mai.

OBSERVATION VIII

B. André, 38, ans, bedeau, entré à Bicêtre le 4 juillet 1909 pour un délire mélancolique avec hallucinations auditives, extrême anxiété, refus d'aliments, insomnie. L'injection de 15 cmc. de son propre liquide céphalo-rachidien n'a modifié l'état d'anxiété que pendant quelques jours qui ont suivi cette intervention.

En résumant les résultats de mes neuf observations (en y comprenant celle que j'ai publiée en décembre 1908), je compte *six* succès et *trois* insuccès dans le traitement des états anxieux par des injections du liquide céphalo-rachidien provenant des malades eux-mêmes.

Ces quelques faits d'ordre thérapeutique permettent, d'abord, d'affirmer la parfaite innocuité de ces injections pratiquées d'après toutes les règles concernant la ponction lombaire et l'asepsie. L'interprétation des améliorations obtenues dans une proportion notable (6 sur 9) est, évidemment difficile à donner. On ne peut émettre que des hypothèses.

La pathogénie des états d'angoisse, de l'anxiété, de l'attente anxieuse, des inquiétudes pathologiques, comme d'ailleurs des émotions morbides, en général, est encore insuffisamment connue, enveloppée de beaucoup d'obscurité. Parmi les localisations supposées, certains physiologistes et pathologistes adoptent celle du grand sympathique déjà indiqué, dès 1823, par Lobstein* comme étant le siège du chagrin, de la tristesse et de diverses affections tristes de l'âme ; les autres considèrent le bulbe comme le centre de ces divers états émotifs. Morel avait placé son «délire émotif» sous la dépendance du grand sympathique, puisqu'il considérait ce délire comme une «névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral».

Ces théories (sympathique ou bulbaire) des états d'an-

* Lobslein. De nervi sympathetici humani fabrica, usu et morbis. Paris, 1823.

goisse peuvent-elles servir à l'interprétation des résultats obtenus par nous? Il faudrait supposer que l'évacuation du liquide céphalo-rachidien suivie d'une injection hypodermique de ce liquide exerce une action, soit sur les divers plexus, ganglions et filets du grand sympathique dont le rôle dominant dans la vie végétative de l'organisme est aujourd'hui nettement établi, soit sur les noyaux bulbaires. Comment s'exercerait cette action? Quels en seraient les agents? Serait-elle stimulante ou frénatrice? Autant de questions auxquelles je ne puis répondre. Je dois, enfin, faire remarquer l'élévation thermique *constante* dans toutes mes interventions, élévation thermique dont j'ai pu vérifier l'existence par la voie expérimentale et qui s'observe d'ailleurs sous l'influence de l'injection de divers sérums, à titre seulement accidentel (par exemple, du sérum antidiphtérique). Dans nos injections l'hyperthermie a été constante. En prenant deux séries de cinq sujets atteints d'idiotie j'ai fait aux malades de la première série des injections de 10 cmc. sous-cutanées de sérum physiologique stérilisé et aux malades de la seconde série des injections de 10 cmc. de liquide céphalo-rachidien stérilisé du cheval qui m'a été obligeamment fourni par M. le Docteur Hallion, chef de Laboratoire au Collège de France. Alors que le sérum physiologique ne modifiait en rien la température des sujets injectés, le liquide céphalo-rachidien a toujours déterminé une hyperthermie notable dans les proportions suivantes:

1. Chez M.:
   - Avant l'injection .... 36,7°
   - Après « .... 73,8°
2. Chez G.:
   - Avant l'injection .... 36,9°
   - Après « .... 39,4°
3. Chez J.:
   - Avant l'injection .... 36,8°
   - Après « .... 38.5°
4. Chez Bi.:
   - Avant l'injection .... 36,6°
   - Après « .... 38.3°
5. Chez Gu.:
   - Avant l'injection .... 36,4°
   - Après « .... 37,7°

Pour m'assurer que c'est bien l'injection du liquide céphalo-rachidien qui élève la température, j'en ai injecté aux sujets de la première série dont la température est restée la même après injection du sérum physiologique. Voici les données obtenues :

1. Chez Co. : *a)* avec le sérum :
   Avant ... 37,1°
   Après ... 37°
   b) Avec le liquide céphalo-rachidien stérilisé du cheval :
   Avant l'injection ... 37
   Après « ... 38,7°
2. Chez Cou. : *a)* avec le sérum :
   Avant ... 37,4°
   Après ... 37,5°
   b) avec le liquide céphalo-rachidien :
   Avant ... 36,5°
   Après ... 40,2
3. Chez A. :
   a) avec le sérum :
   Avant ... 36,6°
   Après ... 37°
   b) avec le liquide céphalo-rachidien :
   Avant ... 37,1
   Après ... 39,3°
4. Chez Dob. :
   a) avec le sérum :
   Avant ... 37,3°
   Après ... 37,3°
   b) avec le liquide céphalo-rachidien :
   Avant ... 37,2°
   Après ... 39,6°
5. Chez Fa. :
   a) avec le sérum :
   Avant ... 36,9
   Après ... 37,2
   b) avec le liquide céphalo-rachidien :
   Avant ... 37,1°
   Après ... 39,1°

La plupart de ces hyperthermies se sont terminées non brusquement, mais par une descente en lysis. Des modifica-

tions du pouls et de la tension artérielle accompagnent ces hyperthermies dues aux injections du liquide céphalo-rachidien.

Jusqu'à nouvel ordre, je me borne à constater cette hyperthermie, sans essayer d'en rechercher les causes et les relations qu'elle peut avoir avec les modifications favorables du tonus psychique observées chez la plupart des malades injectés.

Quoiqu'il en soit, les faits nouveaux que j'apporte aujourd'hui, me semblent de nature à justifier et à encourager les recherches ayant pour but l'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-rachidien dans les diverses maladies du système nerveux dans lesquelles j'ai eu l'occasion de l'employer le premier, je crois.

Erblichkeitsverhältnisse in der Nachkommenschaft von Geisteskranken.

Vom Privatdozenten Dr. EUGEN KONRÁD, Direktor der Staatsirrenanstalt Budapest-Lipótmező.

Ich habe hier einige statistische Daten zu demonstrieren, die, wie ich glaube, von allgemeinem Interesse sein dürften. Die bekannten Sätze der Vererbungslehre, laut welchen die Geistesstörung und ihre Äquivalente sich in der Deszendenz in immer schwereren Formen vererben, u. zw. bis zur Degeneration und schliesslichem Aussterben der Familie, stellen die Geistesstörung in das Licht einer sozialen Gefahr, gegen die energisch angekämpft werden muss. In diesem Sinne hat sich in jüngster Zeit auch KRAEPELIN ausgesprochen, indem er die Erkenntnis dessen als unbedingt nötig bezeichnete, ob im Volke die zur Degeneration führende Neigung oder die Kräfte der Erhaltung und Weiterentwicklung die Oberhand haben, und ob es ferner möglich sei, und wenn ja, auf welche Weise, der zweifellos drohenden Gefahr entgegenzutreten.

Ohne mich in das Problem derzeit tiefer einzulassen, will ich bloss bemerken, dass ich mich mit der Frage, wie gross eigentlich die Gefahr der Vererbung und ihrer Folgen sind, schon seit längerer Zeit beschäftige und die mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten in ihrem ätiologischen Teile mit Aufmerksamkeit verfolgte. Ich muss gestehen, dass mich die meist mangelhaften Daten nicht befriedigten, umsoweniger, als ja dieses Material eine solche Belastungskette lieferte, deren *letztes* Glied eben der oder die in der Irrenanstalt befindliche Geisteskranke war. Dieses Material konnte die Frage nur einseitig beleuchten, indem es natürlicherweise nur darauf hinwies, welche belastenden Momente der Aszendenz mitwirkten, um irgend einen der Deszendenz als Geisteskranken in die Irrenanstalt zu bringen. Und so wählte ich einen anderen Vorgang: ich nahm den in der Anstalt befindlichen oder gewesenen Geisteskranken zum *Mittelgliede* der Kette und sammelte Daten sowohl für die Aszendenz als für die Deszendenz desselben.

Zu diesem Zwecke wählte ich aus den Protokollen der Nagyszebener, später der Budapest-Lipótmezőer Staatsirrenanstalten solche Kranke aus, die nicht nur verheiratete Kinder, sondern auch schon erwachsene Enkel haben konnten; über deren Familien man ferner, da sie in kleinen Gemeinden zuständig, wo die Leute einander genau kennen, verlässliche Aufschlüsse erhalten konnte. Die Fragebögen wurden durch das Gemeindeamt mit Intervention des Gemeindearztes ausgefüllt. Auf diese Weise erhielt ich Daten über die Aszendenz und Deszendenz von bisher 1105 Geisteskranken und konnte 4—5 Generationen überblicken.

Die statistischen Resultate zeigen die folgenden Tabellen:

Tabelle I.

Nachkommenschaft von 1105 Geisteskranken.

A) **Summarisch.**

Manifeste Belastung Kinder oder Enkel	Latenz	Aussterben der Familie in Kinder oder Enkel
132 = 11·9 %	536 = 47·6 %	473 = 42·8 %

B) **Einfache Belastung durch Vater oder Mutter.**

(893 Geisteskranke.)

Manifeste Belastung	Latenz Regeneration?	Aussterben der Familie
98 = 11 %	455 = 50 %	369 = 41 %

C) **Gehäufte Belastung.**

(212 Geisteskranke.)

Gruppen	Manifest	Latenz	Aussterben
Ascendenz und Ehehälfte. 20 Fälle	12 = 60 %	1 = 5 %	8 = 40 %
Ehehälfte. 50 Fälle ...	11 = 22 %	12 = 24 %	29 = 58 %
Ascendenz. 74 Fälle ...	7 = 9·4 %	25 = 34 %	45 = 60 %
Geschwister und Seitenlinie. 68 Fälle	4 = 6 %	43 = 63 %	22 = 32 %
Summe... ...	34 = 16 %	81 = 38 %	104 = 49 %

Tabelle II.

Nachkommenschaft von 691 Geisteskranken aus der Budapest-Lipótmezőer Anstalt.

A) Summarisch.

Manifest		Latenz	Unfruchtbarkeit		Aussterben durch Tod	
Kinder	Enkel		Eltern	Kinder	Kinder	Enkel
62=8·9%	4=0·6%	360 = 50 %	124	94	48	6
66 = 9·5 %			218 = 31·5 %		54 = 7·8 %	
			272 = 39·3 %			

B) Einfache Belastung durch Vater oder Mutter.

(558 Geisteskranke.)

Manifest		Latenz	Unfruchtbarkeit		Aussterben durch Tod	
Kinder	Enkel		Eltern	Kinder	Kinder	Enkel
40=7·2%	3=0·5%	306 = 54·8 %	97	69	38	5
43 = 7·7 %			166 = 30 %		43 = 8 %	
			209 = 37 %			

C) Gehäufte Belastung.

(133 Geisteskranke.)

Gruppen	Manifest		Latenz	Unfruchtbarkeit		Aussterben	
	Kinder	Enkel		Eltern	Kinder	Kinder	Enkel
Ascendenz und Ehehälfte 10 Kranke …	5=50%	—	1	1	2	2	—
Ehehälfte 30 Kranke	9=30%	—	7	9	4	3	—
Ascendenz 45 Kranke	4=11%	1	17	11	13	2	—
Geschwister u. Seitenlinie 48 Kranke …	4= 8%	—	29	6	6	3	1
Summe… …	23 = 17 %		54=40%	52 = 39 %		11 = 8·2 %	
				Totale 63 = 47 %			

Tabelle III.

Erblichkeit dem Geschlechte nach in 66 Fällen.

	Ascendenz	Descendenz	Fälle
1.	Männlich	Männlich	28 = 42 %
2.	Männlich	Weiblich	8 = 12 %
3.	Männlich	Beide	3 = 4·5 %
4.	Weiblich	Männlich	16 = 24 %
5.	Weiblich	Weiblich	11 = 16·6 %

Wir sehen, dass eine manifeste Belastung der Deszendenz als Geistesstörung oder Äquivalente sich in nur zirka 12% der Fälle ergibt. In beinahe der Hälfte der Fälle bleibt die Belastung latent, in etwas über zwei Fünftel erfolgt Aussterben der Familie.

Wenn wir die Daten nach dem Belastungsgrade in Betracht ziehen, und die einfache Belastung von der gehäuften trennen, so finden wir, dass die Prozentzahlen bei der einfachen Belastung, d. h. wo das belastete Subjekt allein nur Vater oder Mutter war, eine erhebliche Verrückung nicht erleiden. Es ist dies leicht erklärlich, da die Masse der Daten aus einfacher Belastung hervorgeht.

Bei der gehäuften Belastung zeigt sich die Manifestation von der leichtesten Gruppe bis zur schwersten in einer ganz erheblichen Progression. Dementsprechend zeigt sich die Progression bei der Latenz in umgekehrter Reihenfolge. In der Summe sind der Latenz gegenüber die Manifestation und das Aussterben gestiegen.

Bei den 691 Geisteskranken *der Budapest-Lipótmezőer Anstalt* habe ich die Daten etwas detaillierter gesammelt. Hier ergibt die manifeste Belastung nur 9½%, die Latenz 50%. Das Aussterben der Familie ist differenziert durch Unfruchtbarkeit und Tod. Es ist auffallend, dass das Aussterben durch Unfruchtbarkeit viermal so viel % liefert als durch Tod. Beinahe in einem Drittel der Fälle stirbt die Familie des Geisteskranken durch Unfruchtbarkeit aus, während dies durch Tod in nur zirka 8% der Fälle geschieht.

Das Verhältnis zwischen einfacher und gehäufter Belastung bleibt in den prozentuarischen Resultaten beiläufig dasselbe, wie bei den vereinten Daten beider Anstalten. Der Prozentsatz der Unfruchtbarkeit steigt bei der gehäuften Belastung nicht unerheblich.

Nicht uninteressant ist die Manifestation der Erblichkeit dem Geschlechte nach in der Deszendenz von Geisteskranken. In einem Prozentsatz, der der Hälfte der Fälle sich nähert, ist die Übertragung vom männlichen zum männlichen Geschlechte. In einem Viertel der Fälle ist die Übertragung vom weiblichem zum männlichen. Dann folgt: weiblich zu weiblich und zuletzt vom männlichen zum weiblichen. Es steht dies im Gegensatze zu den allgemeinen Angaben, dass eine Belastung von der Mutterseite vorzugsweise die Töchter trifft,

aber auch zu den Angaben von Wigglesworth, dass auch bei Belastung von der Vaterseite mehr Töchter als Söhne erkranken.

Ich will nun aus diesen Daten keineswegs allgemein gültige Gesetze bezüglich der Vererbung ableiten, dazu wären die grundlegenden Zahlen viel zu gering, aber ich glaube, sie gestatten eine vorläufige Orientierung bezüglich der sozialen Gefahr der Entartung. Wenn das Manifestwerden der Belastung durch geisteskranke Aszendenz nicht mehr als 10—12% ausmacht und das Aussterben der Familie in zwei Fünftel der Fälle und überwiegend schon in deren Kindern erfolgt, so kann diese Gefahr keine allzu grosse sein. Denn die Latenz ist wohl auch in der überwiegenden Zahl der Fälle als *Regeneration* aufzufassen, da das Manifestwerden der Belastung in den Enkeln der Geisteskranken zu den Raritäten gehört und höchstens mit 1% zu bewerten ist.

La Folie hystérique*.

Par MM. le Professeur MAIRET (de Montpellier) et le Docteur SALAGER.

La folie hystérique, en dépit des publications nombreuses dont elle a fait l'objet, et malgré sa mise à l'ordre du jour de plusieurs Congrès de neurologistes, est une question qui reste toujours posée. Bien avant qu'elle ait pris, dans ces dernières années, un regain d'actualité, nous nous étions préoccupés de l'étudier, en faisant appel à l'observation clinique directe et aux nombreux documents, soigneusement tenus à jour, dont notre Service dispose.

Il est bien difficile, en effet, de se former une opinion, si l'on essaie de la baser sur les écrits accumulés par les auteurs sur une question si délicate et pourtant si pleine d'intérêt. Les affirmations les plus inconciliables s'y retrouvent, comme aussi les conceptions les plus disparates quant à la délimitation du champ de l'hystérie. Si les anciens, tels que MOREL, MOREAU de Tours, LEGRAND DU SAULLE, et plus près de nous SCHÜLE, ont étendu le terme de folie hystérique au point d'en faire, suivant l'expression de J. FALRET, le «synonyme de folie envisagée chez la femme en général», nos contemporains, sous l'influence de l'école de CHARCOT, tendent à la rayer des cadres nosologiques ; à qui s'en réfère à l'opinion des deux derniers Congrès qui ont agité la question, il semble qu'il faille perdre désormais l'habitude de formuler le diagnostic de folie hystérique.

L'observation clinique nous a placés à une égale distance de ces deux excès opposés. A l'étudier de près, la tendance actuelle à déposséder l'hystérie de toute valeur pathogénique, nous est apparue comme une réaction outrée contre les opinions anciennes qui lui donnaient des attributions vraiment trop larges.

Chez un seul des auteurs que nous avons consultés, nous avons trouvé des idées correspondant à celles que l'ob-

* Cette communication résume un mémoire, actuellement sous presse, dont le principal intérêt réside dans les observations mêmes que nous y avons rassemblées

servation de nos malades nous avait permis de nous faire. Seul Krafft-Ebing nous paraît avoir fait judicieusement la part de l'hystérie, tout en conservant à cette névrose sa place en pathologie mentale. C'est avec un sentiment de satisfaction profonde que nous avons constaté la concordance de nos vues avec celles de ce grand clinicien.

Si l'on examine les observations de folie évoluant chez des hystériques, on voit qu'il en est dans lesquelles l'hystérie ne joue aucun rôle pathogénique ou symptomatique dans la réalisation de la folie ; dans d'autres, le rôle de la névrose est très net, plus ou moins important suivant les cas.

L'existence de la névrose elle-même chez nos malades était fortifié pour nous :

1° *Par les commémoratifs ;*

2° *Par les stigmates hystériques.* — Nous les recherchions dans des conditions qui leur donnaient à nos yeux une réelle valeur diagnostique ; très souvent chez des malades vierges de tout examen antérieur, souvent aussi chez des aliénés en plein délire hors d'état de se rendre compte du but que nous poursuivions. Enfin nous nous mettions à l'abri de toute suggestion possible de notre parte.

3° *Sur les manifestations nettement marquées au coin de l'hystérie.* — Elle sont d'ordre psychique et d'ordre somatique ;

4° *Sur l'ensemble de la physionomie clinique revêtue par la maladie.*

Nous avons retenu pour notre étude 20 observations, dont 12 nous sont personnelles.

Elles nous ont paru se diviser en sept groupes :

Le premier est constitué par du délire hystérique lié aux attaques convulsives.

Le second par du délire équivalentaire.

Le troisième par le même délire équivalentaire, revenant par crises rapprochées constituant des périodes délirantes, plus ou moins prolongées, avec retour à la normale.

Le quatrième par du délire hystérique prolongé.

Le cinquième par du délire hystérique avec amnésie.

Le sixième par une combinaison du délire hystérique et du délire vésanique.

Le septième par des symptômes hystériques s'ajoutant à des aliénations mentales diverses.

De ces sept groupes, nous avons retenu le troisième, le quatrième et le cinquième comme appartenant à la folie hystérique.

Le sixième représente aussi un type de folie, que nous avons dégagé, et auquel nous avons donné le nom *d'hystéro-vésanie.*

Le groupe qui a particulièrement servi à notre description didactique, comme réalisant la folie hystérique sous sa forme la plus nette, est le troisième, c'est-à-dire le délire équivalentaire par crises rapprochées constituant des périodes délirantes, séparées par des intermissions. Les malades de ce groupe, nous avons pu nous en assurer, réalisent cliniquement la folie, si bien qu'elles donnent lieu à des erreurs de diagnostic avec d'autres formes d'aliénation bien classiques, folie des persécutions, manie, lypémanie ; des hommes très compétents peuvent commettre ces erreurs, nous en avons eu des exemples.

La folie hystérique est constituée par les crises délirantes revenant par périodes. Quand la période est unique, on a plus particulièrement affaire à ce que nous désignons sous le nom de délire hystérique prolongé.

Le plus souvent, les périodes sont multiples et se reproduisent durant des années.

La durée d'une période varie d'une malade à l'autre de deux ou trois jours à un mois et plus. Pendant toute sa durée persiste un état émotionnel qui atteint son maximum au moment des crises.

Les périodes sont séparées entr'elles par des intermissions d'autant plus longues et plus complètes qu'on est plus près du début de la maladie.

Au point de vue de la physionomie clinique générale revêtue par la crise, élément de la période, on peut distinguer : 1° des crises à forme de rêve vécu ; 2° des crises à forme de peur, dont deux variétés, *a)* peur inhibitoire, *b)* peur à réactions actives ; 3° des crises à forme d'angoisse avec souffrances physiques, idées de persécutions, et réactions de colère ou idées de suicide.

Les éléments constitutifs de la crise délirante sont : des manifestations émotionnelles surtout à forme de colère et de peur ; de l'exaltation et de la dépression, des perversions sensorielles ; des modifications de l'état de la conscience ; des

idées délirantes; des impulsions; des phénomènes inhibitoires; enfin des manifestations convulsives et des phénomènes hystériques divers.

La *peur* qui se manifeste au cours des crises est, dans certains cas, la reproduction d'un accès de peur que l'on retrouve à l'origine des accidents, à la suite d'une agression, d'une chûte, d'une tentative de viol. La scène terrifiante initiale revit ainsi au cours des paroxysmes ultérieurs.

Dans d'autres cas, la peur apparaît sous forme d'une inquiétude, vague d'abord, qui se précise, à la période d'état de la maladie, dans le sens d'un délire assez semblable à celui de la lypémanie.

Parfois, enfin, elle résulte de sensations hystériques diverses, en particulier des sensations d'étouffement.

Quant à son expression, elle est, comme chez l'homme normal, soit active (fuite, défense, lutte), soit passive (inhibition, pâleur). Mais ses réactions sont stéréotypées, c'est-à-dire identiques à elles-mêmes au cours des paroxysmes successifs.

La *colère* s'observe chez certaines malades dans des conditions qui ne permettent pas de l'interpréter comme un vulgaire symptôme de la dégénérescence. Son apparition coïncide avec d'autres symptômes à caractère nettement hystérique. Elle survient primitivement ou comme réaction à l'égard de la peur. Les formes en sont l'irritabilité entre les crises, et les accès de fureur au moment des crises.

Quelle que soit l'émotion en cause, elle constitue le symptôme de fond de la période délirante.

Les hallucinations peuvent intéresser tous les sens; elles affectent avec une prédominance marquée la vue et l'ouïe, ce dernier sens bien plus souvent qu'on ne le pense en général. Tantôt riantes, tantôt lugubres, elles sont souvent unies à des illusions.

L'exaltation se traduit sous la forme maniaque, émaillée de perversions sensorielles, avec plus de coordination et un état de la conscience beaucoup plus stable que dans la manie ordinaire. La dépression revêt les modalités les plus diverses: concentration, tristesse, mutisme, aboulie, indifférence morale.

Les idées délirantes traduisent le fond émotionnel: elles sont souvent unies à des perversions sensorielles. On note souvent des idées de suicide, qui aboutissent parfois à des tentatives.

L'état de la conscience est variable, allant de la perte absolue de la connaissance jusqu'à l'orientation parfaite dans le milieu environnant, en passant par tous les degrés de l'état somnambuliforme.

La période de crises finie, on arrive à la phase d'intermission, qui est souvent un état de calme absolu, mais qui peut être interrompue de crises passagères de délire : ces dernières crises diffèrent par leur physionomie clinique générale de celles de la période délirante.

Notre étude de la folie hystérique avec amnésie n'est intéressante que par les deux observations que nous en rapportons, trop longues pour être reproduites ici. L'une d'elle a trait à un cas d'amnésie rétro-antérograde avec délire, amnésie tellement complète que nous n'en avons pas retrouvé d'exemple dans la littérature médicale.

Le mode de développement et l'étiologie de la folie hystérique ne présentent rien de bien particulier à noter. C'est le plus souvent dans la jeunesse, quelquefois dans l'enfance qu'elle apparaît ; parfois d'emblée, plus souvent précédée pendant un temps plus ou moins long d'autres accidents hystériques, notamment d'attaques convulsives. Elle évolue généralement sur un fond de prédisposition avec stigmates. Parmi les causes déterminantes on relève des émotions vives, de la fatigue physique, des accouchements, l'instauration menstruelle. Parfois la folie apparaît sans cause déterminante connue.

La marche, la durée, l'évolution, le pronostic varient à l'infini. A côté de folies constituées par une période délirante unique avec guérison au bout de 5 ou 6 semaines, nous en avons observées qui donnent lieu à la répétition incessante des périodes, de plus en plus rapprochées jusqu'à réaliser un état continu avec démence affective.

Pour établir le *diagnostic*, une nécessité s'impose : il faut suivre les malades d'une façon à peu près ininterrompue ; on voit alors que leur délire, en apparence continu, est fait de poussées délirantes plus ou moins rapprochées, revêtant toutes les mêmes caractères. Cette modalité particulière doit déjà faire penser à l'hystérie qu'affirment alors les caractères même de la crise.

L'exagération de l'émotivité est un fait constant : on devra donc rechercher ce signe : tantôt cette émotivité do-

mine la scène, tantôt, au contraire, l'hallucination passe au premier plan.

La folie hystérique fait partie du groupe des folies psycho-sensorielles, et, par suite, on pourrait la confondre soit avec la *folie alcoolique,* soit avec la *confusion mentale hallucinatoire.*

Tout différent du rêve hallucinatoire de l'alcoolique, celui de l'hystérique se poursuit d'une manière beaucoup plus coordonnée.

Ce même caractère de coordination permet de différencier la folie hystérique de la confusion mentale, dans laquelle les hallucinations sont beaucoup plus changeantes. En outre, dans la confusion mentale on ne trouve pas la régularité des crises, et, pour les différentes crises, la répétition des mêmes symptômes que l'on observe dans la folie hystérique.

A côté de la folie hystérique, nous avons dégagé la *folie hystéro-vésanique* qu'il faut bien se garder de confondre avec une aliénation banale émaillée de symptômes hystériques. Il s'agit d'une véritable entité clinique résultant de la fusion intime des deux éléments pathogéniques, d'une combinaison hystéro-vésanique, donnant lieu à des symptômes dans lesquels on peut sans doute discerner les deux influences, mais que l'analyse ne peut pas légitimement dissocier.

Cette forme se caractérise surtout :

1° Par l'exaltation de l'imagination donnant lieu à des représentations mentales suractivées, entre lesquelles et l'hallucination véritable le passage est insensible, la transformation de l'un dans l'autre de ces deux phénomènes se faisant avec facilité. Aussi, les malades de cet ordre ont-elles un caractère volontiers romanesque.

2° Par les modifications que l'hystérie imprime aux symptômes propres aux prédisposés avec stigmates. La colère de ces malades s'émaille d'hallucinations, leur érotisme est empreint de conceptions romanesques et de mysticisme, leur égotisme étale surtout l'être sentant et ses passions.

La combinaison hystéro-vésanique est rare ; nous en avons apporté deux observations personnelles.

Nous avons trouvé, par contre, un grand nombre d'observations dans lesquelles l'hystérie juxtapose ses symptômes à ceux d'autres aliénations mentales de nature diverse : folie des

dégénérés, manie, délire des persécutions, paralysie générale. Ce n'est là ni de la folie hystérique, ni de la folie hystéro-vésanique.

Le traitement de la folie hystérique est, le plus souvent, un traitement symptomatique : on sera parfois assez heureux pour agir sur un symptôme qui détermine les autres.

Nous avons insisté surtout : 1° sur l'alimentation ; 2° sur les toniques du système nerveux et, plus particulièrement, sur les glycéro-phosphates de fer et de quinine, sur l'arsenic, sur l'extrait de quinquina ; 3° sur les sédatifs du système nerveux et, en particulier, sur les bains tièdes. Nous avons eu peu recours aux bromures et à la morphine, davantage à l'hyoscine qui nous a donné de bons résultats, surtout dans les cas d'hystéro-vésanie, contre l'excitation génésique.

Pendant l'intermission, nous faisons usage des bains aromatiques, des bains frais, des douches générales suivant es cas.

A côté de ce traitement physique nous mettons en œuvre un traitement moral, variable d'une malade à l'autre, mais qui a surtout pour but de diminuer l'émotivité et de fortifier la volonté.

Souvent battus, il nous est cependant arrivé deux fois de pouvoir croire que ce double traitement n'a pas été inutile.

L'Inversion morale.

Par M. le Professeur MAIRET (de Montpellier) et le Docteur EUZIÈRE.

L'arrêt de développement du sens moral se présente à l'observateur avec une telle variété dans ses manifestations cliniques qu'une division s'impose à ceux qui veulent en entreprendre l'étude et, celle qui apparaît la plus simple et la plus conforme aux faits y distingue quatre groupes : *l'atrophie, la perversion, l'inversion et l'instabilité morale.*

L'atrophie morale c'est l'absence de la faculté que nous avons de *sentir* ce qui est bien et ce qui est mal. Elle a des degrés comme l'atrophie intellectuelle et dans un but didactique on peut la diviser en idiotie, imbécillité et débilité morale.

La perversion morale est constituée par l'hyperesthésie d'un ou de plusieurs besoins qui peuvent, suivant les cas, exister déjà chez l'homme normal ou bien au contraire être de nature pathologique.

L'inversion morale se caractérise par l'antiéducabilité et l'antisociabilité des sujets qu'elle affecte.

Pour *l'instabilité morale*, elle occupe une place un peu à part dans l'arrêt de développement moral en ce sens qu'elle ne tire sa source ni de l'atrophie, ni de la déviation de la sensibilité morale mais de la fugacité et de la mobilité des sentiments. Cette instabilité empêche la réflexion, met obstacle à tout pouvoir frénateur et transforme l'homme moral en une machine réflexe.

Entre ces différents ordres d'anomalies morales il n'y a pas de séparation infranchissable, de cloison étanche leur donnant une individualité absolue. Bien au contraire, les caractères de l'une se retrouvent dans les autres et par exemple les pervertis moraux sont pour la plupart en même temps que des pervertis soit des atrophiés soit des invertis moraux, et ces combinaisons infinies forment d'innombrables variétés si bien qu'entre chacun de ces groupes on peut percevoir toute une gamme de nuances mitoyennes qui insensiblement les mêlent l'un à l'autre. Mais l'existence de types cliniques

presque purs ou une des anomalies que nous venons de citer se rencontre à l'état d'isolement presque parfait, et dans d'autres cas, encore plus nombreux, l'importance prépondérante prise par une d'elle, alors même qu'elle coexiste avec plusieurs autres, autorise la distinction clinique que nous venons de proposer.

De toutes ces formes d'arrêt de développement moral la plus intéressante parce que la moins étudiée et aussi la plus constante dans ses manifestations cliniques est l'inversion morale. C'est à l'exposition rapide de ses caractères que nous nous proposons de consacrer cette communication.

Le symptôme prédominant de ce genre d'infirmité, celui qui fait l'unité clinique du groupe et l'unité de vie des sujets qui en sont atteints, c'est l'antiéducabilité et l'antisociabilité. C'est-à-dire les deux formes d'une même tendance qui rend l'inverti impatient de tout joug, rebelle à toute règle, réfractaire à toute loi. Ce joug, cette règle, cette loi changent avec l'âge, la déférence demandée par les parents et les maîtres devient la soumission réclamée par le patron, le respect prescrit par la loi, ou l'obéissance passive exigée par l'officier ; contre toutes ces formes de l'autorité, la révolte et la rébellion restent les mêmes. Chaque jour, à chaque étape de sa vie, cette indiscipline attire à son auteur la réprimande paternelle, le renvoi de l'école ou de l'atelier, la condamnation du conseil de guerre, du tribunal correctionnel ou de la cour d'assises. Et c'est ainsi qu'après avoir fait le désespoir de ses parents, s'être vu chassé comme élève ou comme apprenti, notre inverti se voit conduit en prison par le seul fait de son infirmité morale.

A côté de cette antisociabilité se trouvent d'autres éléments que l'on rencontre constamment dans l'inversion morale mais qui ne lui appartenant pas en propre et sont moins caractéristiques. On peut les grouper en deux catégories suivant qu'ils relèvent de l'atrophie ou de la perversion. Comme éléments atrophiques on trouve d'abord l'atteinte intellectuelle très variable comme intensité mais absolument constante, si bien que le moins débile des invertis présente toujours dans les facultés synthétiques du raisonnement et du jugement une incapacité très nette. On trouve ensuite l'atrophie du sens moral qui, elle aussi, existe constamment et qui est toujours plus accentuée que l'atrophie de l'intelligence, si bien que si notre malade arrivé à distinguer le bien du mal c'est par une

connaissance purement intellectuelle, et qui n'est nullement sentie. La conséquence de cette atrophie morale c'est la faiblesse de la volonté qui par suite de l'absence des sentiments bons, cesse d'être libre et devient l'esclave de l'égoïsme et des autres passions. Ces dernières représentent dans l'inversion morale le facteur qui revient à la perversion, on les rencontre nombreuses en dehors de l'antiéducabilité. Les plus fréquentes sont la paresse, la méchanceté, l'égoïsme, la colère, la haine, l'appétence pour les boissons.

Avec ces tares psychiques coexistent le plus souvent des tares physiques, signes de dégénérescence, mais ne présentant rien qui soit particulier à l'inversion, aussi n'y insisterons-nous pas.

Si les éléments constitutifs de l'inversion morale sont les mêmes dans tous les cas, ils ne présentent pas cependant toujours le même développement, de sorte que leur association ne s'exprine pas constamment sous un même type clinique et dans ce groupe si uni comme fond il faut cependant reconnaître un certain nombre de formes. Une première division qui s'impose, c'est celle qui sépare les cas d'inversion en *inversion morale complète*, *inversion morale attenuée.*

1° *L'inversion morale complète* est celle dont tous les éléments constitutifs atteignent le plus complet développement.

2° *L'inversion morale attenuée*, celle dont les manifestations sont moins accentuées. Cette atténuation peut se produire par des processus différents.

a) Dans certains cas, un élément surajouté vient pallier et pratiquement atténuer l'inversion morale. Le plus souvent, cet élément nouveau c'est la peur de la punition qui conduit les invertis moraux, du reste complets, à jouer la comédie de l'honnêteté pour obtenir une récompense ou à se retenir d'une mauvaise action pour éviter un châtiment.

b) Dans d'autres cas, un ou plusieurs éléments de l'inversion sont atténués. Dans ces conditions l'atténuation est réelle et non plus seulement apparente ; elle est d'autre part plus ou moins prononcée suivant les individus, et l'on trouve aussi toutes les transitions et tous les degrés entre l'inversion morale la plus accentuée et celle qui est à peine ébauchée.

Nous savons déjà que par l'évolution même de sa tare morale l'inverti finit le plus souvent par échouer en prison. Il peut aussi arriver qu'il soit interné. Parfois un médecin

légiste reconnaissant l'infirmité morale du sujet, le déclare irresponsable et provoque son internement. Mais il peut aussi arriver que l'admission à l'asile soit motivée par la folie réelle ou simulée. Pour la simulation, sa fréquence n'a rien qui doive étonner, un inverti moral a souvent intérêt à y recourir et sa constitution psychique lui donne tout ce qu'il faut pour y réussir puisque, comme l'a montré l'un de nous (MAIRET, Simulation de la folie), le simulateur est en général un taré dans son système neuveux. Quant à la folie, son apparition au cours de l'inversion morale est plus complexe. La prédisposition héréditaire et les excès fréquents l'expliquent dans bon nombre de cas ; dans d'autres, elle apparaît par développement naturel d'une tare morale souvent associée à l'inversion : l'instabilité, et qui aboutit fréquemment à la manie. Enfin il est une forme d'aliénation mentale qui apparaît plus directement liée à l'inversion : c'est le délire des persécutés persécuteurs. Taré dans son jugement et son raisonnement, naturellement disposé aux faux jugements et aux interprétations délirantes, d'un égoïsme souvent extrême, l'inverti a tout ce qu'il faut pour faire un persécuté persécuteur.

L'étiologie de l'inversion morale ne présente rien qui la distingue de celle des autres arrêts de développement et, comme telle, ne mérite pas de nous arrêter. Disons seulement qu'ici comme là c'est l'hérédité qui joue le grand rôle.

Au point de vue médico-légal, il faut retenir que l'inverti moral est à la fois un atrophié et un perverti moral. Son atrophie morale diminue déjà considérablement sa responsabilité, puisqu'elle l'empêche d'avoir la conscience de la valeur de ses actes, conscience qui doit être mise à la base de la responsabilité puisque c'est elle qui nous fournit le plus puissant des moyens de lutte contre nos penchants. La perversion morale enfin vient encore diminuer cette responsabilité puisqu'elle pousse au mal un homme qu'aucun sentiment bon n'attire vers le bien. Et ainsi l'irresponsabilité suit une marche parallèle au degré de l'inversion. Etant complète quand l'inversion est complète, elle est atténuée dans l'inversion atténuée.

De la télépathie.

Par M. le Dr. ROUBY (Alger).

CHAPITRE PREMIER

I. Préliminaires.

Qu'est-ce que la télépathie? Une sensation subite éprouvée par une personne, malgré la distance et les empêchements matériels, lorsqu'une autre personne accomplit un acte quelconque.

Les partisans de la télépathie en donnent l'explication en disant que la pensée est susceptible de s'extérioriser, c'est-à-dire sortant du cerveau d'un sujet aller frapper au loin les circonvolutions cérébrales d'un autre sujet : il y a là, disent-ils, une force naturelle inconnue.

Les sorciers d'autrefois prétendaient, eux aussi, avoir la double vue ; on les traite aujourd'hui de charlatans et d'exploiteurs. Il s'agit de savoir s'il n'en est pas de même des télépathistes, qui, sous un nom moins méprisé, font le même métier.

A la télépathie ordinaire, sont venus s'ajouter la vue à distance, la suggestion mentale, les rêves prémonitoires, qui, mieux que la télépathie proprement dite, sont capables de télépathiser l'argent d'une escarcelle dans une autre.

Avant de commencer notre étude, disons-le bien haut, nous ne nions rien de parti pris ; mais nous voulons voir, toucher du doigt, avoir une certitude pleine et entière. Après cela nous croirons.

Lorsqu'un fait, soit de télépathie, soit de vue à distance, soit de suggestion mentale, soit d'idées prémonitoires sera scientifiquement constaté, on pourra en rechercher et en discuter les causes. Jusqu'à ce moment, écrire des livres basés sur des faits douteux ou hypothétiques, c'est faire œuvre d'argent, nullement de science.

Ce fait vrai de télépathie, nous allons le chercher ensemble si vous le voulez bien.

II. La télépathie à Alger.

En cette année 1909, vint à Alger le prestidigitateur Pickman. C'est un organisateur, sur les théâtres des villes de France, de séances d'hypnotisme et de sciences ocultes ; son talent consiste à faire admettre, sous le couvert de faits vrais, tels que le sommeil hypnotique et la suggestion, des faits de divination qui ne sont que des faits de prestidigitation. Pickman est venu souvent à Alger ; pendant deux années de suite je l'ai étudié de très près, surveillant attentivement son jeu, me passionnant même à ses expériences, dans lesquelles je cherchais un fait certain : je n'en ai pas trouvé. Je me désintéressais alors de lui et ne perdis pas davantage mon temps à suivre ses séances. Je me souvenais d'un de ses émules qui, au cours d'une séance où je prononçai quelques mots sceptiques, avait murmuré ces mots piteux à mon oreille : «Laissez-moi donc gagner ma vie».

Je laissai Pickman gagner sa vie, sans plus m'occuper de lui. Or cette année il avait su intéresser la haute société de la ville, il avait même été invité à renouveler ses expériences dans certains salons où il fit des conversions et des adeptes. On raconte que chez un prince étranger quelqu'un de la maison, le tenant par la main, lui commandait par la pensée d'aller chercher un flacon d'eau de Cologne, dans un cabinet de toilette du premier étage, et qu'aussitôt entraînant son acolyte, il se précipitait dans l'escalier, entrait dans la chambre, saisissait l'objet en question et le rapportait dans le salon, où les assistants déliraient d'enthousiasme, sans se rendre compte de l'influence de la main conductrice.

A la suite de ces faits, il arriva ceci dans la famille de B..., l'une des plus notables de l'Algérie, où l'on avait pris feu et flamme pour Pickman. L'un des fils, M. Paul, sentit se manifester en lui une vocation télépathique tellement extraordinaire que le bruit s'en répandit dans le monde et que chacun cria au miracle. Des personnes d'une haute intelligence crurent avoir réellement vu des faits prodigieux et adoptèrent la foi nouvelle. Tant et si bien qu'un beau jour du mois de mai, le père du jeune prophète vint me trouver et me tint ce langage : «Il se passe chez moi, grâce à mon fils, des choses que nous constatons, sans pouvoir les expliquer d'une façon naturelle : nous voyons là comme des faits nouveaux,

prémices d'une science nouvelle. Mais avant d'aller plus loin et de les publier, nous voudrions qu'ils aient l'estampille d'un docteur versé comme vous dans ces questions et pouvant les contrôler en connaissance de cause ; de cette façon, ils seraient acceptés comme faits scientifiques».

M. de B., incapable de supercherie, croyait avec une entière bonne foi à la vérité des mystères dont il m'entretenait. J'accédai à son désir et je consentis à contrôler ce qu'on voudrait me montrer, à condition cependant de ne tenir compte que des phénomènes vus par moi-même, et nullement de ceux qui se passeraient en dehors de ma participation.

III. Télépathie de salon.

Voici ce qui se passait depuis quelque temps chez M. de B. Un soir, son fils Paul, à la sortie d'une soirée donnée par Pickman, s'était bandé les yeux, et sa mère, tenant une de ses mains dans la sienne, lui avait ordonné mentalement d'aller prendre un livre placé sur un meuble et de le porter ailleurs ; or il avait pleinement réussi cette expérience. Ce jeu de salon, bien vieux déjà, réussit à la condition que l'un des joueurs soit doué d'une intelligence éveillée et d'une attention soutenue, et que l'autre soit assez nerveux pour indiquer la chose à trouver par les tressaillements, les contractions et les mouvements imperceptibles de sa main placée dans celle du voyant. — L'expérience au contraire ne réussit pas, lorsque le conducteur a une volonté telle qu'il ne laisse passer dans les nerfs de son bras rien qui puisse indiquer à l'autre ce qu'il doit faire.

M. Paul, reprenant ces expériences de Cumberlandisme, — c'est le nom qu'on leur donne, — avec l'impression conductrice d'une main amie, eut un succès colossal, soit dans des séances isolées, soit en présence de nombreux témoins, famille et amis.

Mais bientôt d'autres faits plus extraordinaires étaient constatés. M. Paul passait de ce jeu de salon à des jeux de télépathie qui réussirent aussi bien que les premiers, nous affirme-t-on. L'enthousiasme de la famille était à son comble : «Grâce à mon fils, nous déclarait Madame de B., la science peut avancer d'un cran ; la communication de la pensée d'un individu à un autre est en voie de devenir fait scientifique. La

télépathie, jusque là science douteuse, sera demain science véritable».

Ce serait le moment d'ouvrir un chapitre d'études psychologiques sur les amateurs et les acteurs de télépathie ; sur la facilité de croyance aux miracles ; sur l'entraînement qui se produit dans leur milieu ; sur le rôle de l'imagination qui croit tout et aveuglement *„quia absurdum"*, tandis qu'au contraire, la raison est regardée de travers, si elle veut mettre son nez dans les expériences ; sur les explications si vite trouvées et plus vite encore acceptées, pour couvrir les non-réussites ; enfin sur la réprobation singulière qu'encourt le non-croyant, *„vade retro satanas !"*

M. Paul, dont nous allons raconter les exploits, est, au dire de sa mère, «un faible qui subit la volonté des autres, bien loin d'imposer la sienne ! Il est de nature si paresseuse et si incapable d'efforts, qu'il faut admettre que ce qui se passe en ce moment chez lui a une cause en dehors de lui».

Elle ne précise pas si cette cause était analogue au feu sacré des sybilles et des prophètes d'autrefois. «Parfois, ajoutait-elle, Paul a des intermittences de vision. Il ne sent rien, il ne voit rien et pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, reste incapable de deviner la chose la plus simple ; puis, tout-à-coup, il se sent pris d'un frémissement général et de nouveau le dieu s'empare de lui».

Paul est, d'autre part, influencé par certaines personnes : par exemple en présence de M. S., il n'a rien pu deviner ; devant Mme L. au contraire, il est d'une clairvoyance extraordinaire.

Je compris : on me prévenait que si les expériences avec moi ne réussissaient pas, ce serait par ma faute : mon fluide serait contraire. La retraite était ainsi assurée, une déroute complète n'était plus à craindre ; on me raconta alors les faits extraordinaires qui motivaient mon intervention.

Ces faits étaient de plusieurs ordres. D'abord le jeu de salon raconté plus haut, où Paul est non seulement passé maître mais encore où sa divination est telle que les pressions et les tressaillements d'une main nerveuse et impressionnable lui sont à peine nécessaires pour savoir ce qu'il doit faire : les légers effleurements d'un doigt lui suffisent pour le ramener dans le chemin qui mène à l'objet caché.

Puis des faits de divination vrais : par exemple, Mme de B. étale sur une table vingt photographies ; par la pensée elle en choisit une et prenant la main de son fils lui ordonne de la désigner. Immédiatement, celui-ci, met le doigt sur la photographie choisie. De même si deux cartes lui sont présentées, il prend, sans se tromper, celle qui lui est désignée mentalement par celui qui tient sa main.

De plus en plus fort : on étale un jeu de cartes sur le tapis et 19 fois sur 30 le voyant désigne la carte qu'un autre a pensée.

Plus tard des faits de divination de pensée sans contact se

produisent, du moins on nous l'assure! Mme de B. reçoit vingt personnes à dîner; à leur entrée Paul interpelle chacun des convives et 2 fois sur 20 leur dit ce qu'ils pensent, à l'instant même: à l'un «vous pensez à une aiguière que vous avez achetée», ou «vous pensez à une photographie peinte qui se trouve sur la cheminée de votre chambre», à un troisième «vous pensez au buste de Louis XVI que vous avez choisi» et ainsi de suite.

Un si brillant résultat ne manque pas de produire un étonnement prodigieux et des félicitations sans nombre.

Cette divination de la pensée va plus loin. Paul va trouver Pickman, un beau matin, pour lui raconter les faits prodigieux dont il est cause et effet. Pickman, qui sort du bain, veut éprouver la vocation de ce jeune adepte et, mentalement, lui donne un ordre. Paul plonge son regard dans celui du grand télépathe et quand la pensée de l'un s'est écoulée dans le cerveau de l'autre, Paul se met à vider la baignoire du maître: c'est l'ordre donné!

Pickman est surpris, mais pour mieux constater si la voyance du jeune sujet est complète, il prend un air joyeux et lui demande de deviner ce à quoi il pense: «Vous n'êtes pas joyeux M. Pickman, lui est-il répondu, vous êtes triste au contraire, de la mort de votre secrétaire».

En effet ce dernier venait de mourir de la petite vérole. — Pickman voyant sa pensée ainsi dévoilée comprend qu'il a devant lui un médium parfait et le baptise, devant la baignoire, télépathiste de première classe.

Autre histoire, celle de la cuisinière: une fois par semaine, effet du repos hebdomadaire, cette domestique rend visite à sa cousine! Un jour, Mme de B. l'invite à penser fortement et successivement à toutes les phases de cette sortie, pour que son fils voie, dans son cerveau, se dérouler les faits et gestes qu'elle aura pensés. C'est ce qui se produit. Mais comme à un moment donné, on arrive dans la rue où habite la cousine, Mme de B. arrête l'opération pour dire à voix basse, à la cuisinière, de changer de direction, et d'aller à gauche au lieu de tourner à droite; aussitôt, sans hésitation, Paul fait connaître la nouvelle direction prise par la domestique, à travers les rues.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu à raconter que des faits de télépathie, c'est-à-dire de lecture de la pensée; maintenant, voici des faits de voyance à distance.

Paul raconte à sa mère, qui revient d'Alger, que, depuis son départ, sa propre pensée s'est extériorisée; il l'a vue prendre le tram, en descendre, se diriger vers la demeure de son notaire, monter l'escalier, faire antichambre, être enfin introduite dans le cabinet, en sortir et quitter la maison. Or, Mme de B. m'affirme que son fils ignorait absolument ce qu'elle allait faire à Alger.

Ce fait de voyance est entouré de peu de garanties, et ne paraît probant que pour des personnes superficielles qui ne vont pas au fond des choses. Etudions-le, si vous le voulez bien. Paul ignorait-il réellement où allait sa mère? Il pouvait le savoir d'avance par quelque mots échappés à ce sujet, par une lettre laissée ouverte par mégarde, par

l'enveloppe seulement, portant le cachet du notaire, enfin par une indication quelconque. Mieux encore, il pouvait avoir suivi sa mère et ayant vu où elle se rendait, en déduire le reste. Dans des expériences comme celles-ci, non seulement il ne faut pas admettre la bonne foi du sujet mais il faut toujours, au contraire, la suspecter et mettant toute politesse de côté, agir comme si l'on avait affaire à un parfait fumiste.

Ces réflexions peuvent s'appliquer à tous les faits dont nous n'avons pas été témoins et qui, je m'en suis assuré, n'ont comporté aucune des sérieuses vérifications qui sont indispensables lorsqu'il s'agit en somme de faits scientifiques.

Continuons. «Il y a cinq jours, me dit Mme de B., mon fils était en visite chez un de nos voisins : à un certain instant, sa pensée s'est fixée sur moi, restée au logis. Il m'a vu entrer dans ma chambre, m'asseoir devant mon bureau, prendre dans un buvard une feuille de papier et me mettre à écrire. Il a essayé de lire la lettre ; il n'a pu y parvenir, mais il a vu des vers dont l'un était terminé par le mot «lyre». Or, dans le buvard depuis six mois, se trouve effectivement une pièce de vers copiée par moi et dans laquelle se trouve ce mot».

Même objection. Paul n'a pas lu ce que sa mère écrivait, seule chose intéressante à faire, car pour les vers depuis six mois dans le buvard, il avait eu longuement le temps de les apprendre tous par cœur.

Autre fait du même ordre. Paul — c'est lui qui parle — a vu, à six kilomètres de distance, un de ses amis se rendre à son magasin, appeler son caissier et celui-ci entrer dans le bureau. Il ne connaît pas ce caissier, mais il constate que c'est un homme très laid, ce qui est la vérité, paraît-il. Devant ce même ami qui s'occupe aussi de spiritisme, Paul, sans avoir fait jamais d'études secondaires au collège, se met un jour à écrire des pages entières d'astronomie et de latin.

Même objection. L'ami avait pu dépeindre à Paul la laideur de son caissier. Pour les pages d'astronomie et de latin écrites par Paul, sous la dictée d'un esprit plus savant que lui, nous ne les avons pas eues entre les mains. Mais sans être bachelier, il se peut bien que Paul sache quelques bribes de ciel et de latin.

Autre fait. M. de B., père de Paul, ordonne mentalement à son fils, dont il tient l'une des mains pour la communication psychique, d'écrire en arabe une phrase qu'il pense lui-même. Aussitôt Paul se met à écrire comme il convient, c'est-à-dire de droite à gauche, les lettres arabes, langue qu'il ne connaît pas, paraît-il. Ces lettres écrites par Paul n'ont, il est vrai, aucun sens ; mais il a deviné qu'il devait écrire en arabe et le fait vaut la peine d'être noté et étudié.

Paul, qui, sans être un érudit dans cette langue arabe, en a pourtant quelques notions, n'a-t-il pas pu comprendre, par un mot ou un geste involontaire, qu'il ne devait pas écrire en français? Cette expérience, comme on le voit, n'est pas rigoureusement probante. — Elle a pourtant déterminé M. de B. à nous faire sa demande de vérification des manifestations qui se produisent dans sa maison. Cette demande rentrait trop dans le cercle de nos études pour n'être pas acceptée avec empressement. Faire de la télépathie une vraie science, quel rêve ! Depuis

la création de l'homme, aucune découverte plus importante n'aurait été mise au jour. On demande le secours de nos lumières, tâchons d'illuminer !

IV. Les vraies expériences.

Nos expériences ont eu lieu du 25 mai au 10 juin 1909 dans la maison de M. de B., soit dans sa chambre, soit dans son salon. Avec nous y assistent M. et Mme de B., leur fils et leur belle-fille et parfois quelques amis. — On commence par le petit jeu de Cumberlandisme dont nous avons parlé, qui consiste à bander les yeux du sujet et à lui faire exécuter divers actes en lui tenant la main.

Nous avons déjà dit le mécanisme qui met le sujet sur la voie de la chose à trouver si elle est cachée, ou à l'exécuter si c'est un acte à accomplir.

Nous tentons deux fois l'expérience, d'abord avec M. X., qui le premier de la famille, a montré quelques aptitudes de voyance. Sa main dans la mienne, je lui ordonne de prendre un bouteille de liqueur qui se trouve là et d'en verser quelques gouttes dans un verre placé ailleurs. Il ne devine pas. Nous tentons une seconde expérience ; avec nous elle ne réussit pas mieux. Mais au contraire, si Mme de B., la mère du sujet, ou sa femme lui tiennent les mains et le conduisent, l'expérience réussit sinon toujours complètement, du moins à peu près.

Nous savons le pourquoi, qui n'a rien de miraculeux ; tandis que ma grosse main muette n'a rien fait comprendre au sujet, les petites mains bavardes des deux dames lui ont indiqué ce qu'il devait faire ou deviner. Alors, M. Paul, dont l'entraînement fluidique est beaucoup plus considérable, voyant que vis-à-vis de moi, le fluide magnétique de son frère est insuffisant, entre en scène, espérant mieux réussir, tellement au dire de tous les assistants, son propre fluide est puissant. Paul mettra une main sur son épaule ; tel est l'ordre que ma pensée lui en joint avec la plus grande intensité ; car j'y vais de bonne foi, honnêtement, sérieusement. Pendant un grand quart d'heure, le sujet cherche, tâtonne, s'agite, sans que nos deux pensées parviennent à se rencontrer ; c'est la faute de ma main silencieuse, qui ne sait ni ne veut rien exprimer ! Résultat nul.

Seconde expérience. Mentalement j'ordonne à Paul de mettre sa main sur le soulier de son frère qui, assis sur un siège bas, tient un de ses pieds en l'air. Résultat complètement négatif . . . Souliers et pensées ne se rencontrent pas.

D'autres expériences analogues ont lieu encore en grand nombre, mais sans résultats probants ; on se serait contenté de peu, mais ce peu n'est pas obtenu. Paul ne devine rien, ne trouve rien. Les personnes témoins s'en étonnent : elles s'attendaient à autre chose.

Pour en terminer avec ce jeu de salon peu scientifique, je dirai que nous l'avons recommencé, M. Paul et moi, à diverses reprises, dans les séances suivantes ; mais toujours les résultats ont été nuls. Il arriva qu'un jour, profitant de ce que Paul portait un vêtement flottant, je glissai adroitement une carte à jouer dans la poche de son veston. Or, il lui fut impossible de l'y trouver ! Une autre fois, ce fut

une paire de lunettes sur mon nez, qu'il ne sut ni voir ni prendre. — Le thème le plus facile à résoudre ne fut pas résolu, et j'eus la conviction qu'il ne le serait jamais avec moi.

Ce jour-là, il me fut donné de comprendre, de visu, comment les personnes très désireuses d'obtenir des résultats quand même, aident inconsciemment le sujet. En effet, si Mme de B., pour corser l'expérience, ordonnait à son fils, sans lui tenir la main, de prendre une photographie et de la placer sur un coussin, la seule transmission de la pensée devant agir, on la voyait d'abord fixer sur son fils un regard d'une grande intensité, comme si l'ordre devait suivre le rayon visuel qui allait d'elle à lui. Comme le sujet ne marchait pas où il devait aller, elle devenait impatiente, remuait les pieds, se retournait avec des mouvements brusques, prononçait quelques mots de vivacité, sans se douter que c'étaient autant d'indications suffisantes ; elles n'aboutirent pas, il est vrai, parce que nous étions là, mais nous le comprenions, hors de notre présence, ces indications vagues seraient devenues suffisamment complaisantes pour donner au sujet la double vue nécessaire.

Ce résultat soi-disant probant, Mme de B. l'eut admis comme fait acquis, comme fait scientifique, sans se dire qu'elle-même et non son fils en était l'auteur. C'est ainsi qu'elle racontait, en les amplifiant encore, à ses amis et connaissances, les résultats obtenus, oubliant ses manœuvres dont peut-être elle ne se rendait pas compte ; de là son étonnement profond lorsque son fils ne trouvait rien avec moi, qui ne l'aidais pas.

V. Expériences de double vue.

Expériences de devination du samedi :

D. J'ai dans ma poche de gilet, un écu d'argent ; quel est-il, M. Paul ?

R. Paul me fixe du regard et au bout d'un instant me déclare que c'est une pièce de cinq francs de la troisième République. — Or, c'était un Christ de Portugal ancien, d'une valeur supérieure.

D. — Dans ma poche également, j'ai un sou qui n'a pas cours, quel est-il ?

R. (Après réflexion) C'est un sou grec.

Peut-être à ce moment mon regard légèrement moqueur lui indique-t-il qu'il se trompe, car il s'écrie «Non, c'est un sou espagnol».

Je sors le sou de ma poche : c'est un sou marocain.

Le mercredi suivant, nous recommençons les mêmes expériences, avec l'espoir de constater la voyance de M. Paul plus réelle et mieux aiguisée. Dans mon porte-monnaie, se trouve seulement une médaille d'honneur en argent de Napoléon III, avec, au revers, le nom d'un peintre.

D. Paul, répondez-moi : que renferme mon porte-monnaie, placé sur la table, sous vos yeux ? Paul réfléchit, chercher à sonder, du regard, la richesse de ma bourse. Il y voit une pièce de monnaie d'or et un morceau de papier plié en quatre !

Ce n'était pas cela ; il n'avait pas vu les grosses moustaches de Napoléon.

D. Paul, je tiens dans ma main un objet, quel est-il ?

R. (Après réflexion.) C'est de la monnaie !

Or, c'est l'écrin de la médaille d'honneur.

D. Que renferme cet écrin ?

R. Une plume.

Or, dans l'écrin se trouve un morceau de papier sur lequel son nom est écrit.

D. Paul, dans ma main gauche, placée dans ma poche je tiens un objet, quel est-il ?

R. C'est une clef que je vois dans votre main.

Or, voyez et jugez de la clairvoyance du sujet, c'est un flacon de pilules, réclame d'un pharmacien, que la poste vient de me remettre.

Enfin, je saisis dans ma poche un gros cachet d'argent que je donne à deviner, mais Paul ne devine pas et ne répond rien ; mon gros cachet d'argent reste invisible à ses yeux.

Donc, aucun résultat n'est obtenu dans cette série d'expériences tentées pour mettre en évidence la double vue du jeune homme. Paul qui, loin de moi, voit des vers dans le buvard de sa mère et y lit le mot «lyre», en ma présence ne voit aucun des objets palpables que je lui donne à désigner.

Les cartes à jouer. A trois reprises des expériences sont faites sur la devination par les cartes. Il nous avait été raconté que Paul, quelques jours avant mon arrivée, avait su deviner 19 cartes sur les 30 étalées devant lui ; mais nos expériences personnelles ne confirment pas ce brillant résultat ; bien au contraire.

On procède ainsi qu'il suit. Un jeu de cartes est étalé sur la table qui nous sépare, Paul et moi. Je pense à l'une de ces cartes, au hasard ; mon partenaire me regarde dans les yeux et cite une carte qui devrait être celle choisie par moi, si sa voyance était réelle. Mais pas du tout ! Sur 70 expériences tentées dans trois séances différentes, une fois seulement M. Paul devina la carte que j'avais choisie : un huit de carreau, simple coincidence.

Devant moi, sa mère et son frère font les mêmes expériences avec Paul, mais toujours avec résultat nul. Comme celui qui choisit la carte peut être de mauvaise foi — tout arrive — et peut changer la carte à laquelle il a d'abord pensé, l'expérience est quelque peu modifiée : le jeu est retourné à l'envers sur la table ; une carte que le sujet doit désigner en est tirée et placée dans ma main. Je tire ainsi un quatre de cœur ; Paul voit un huit de trèfle. Je tire un deux de cœur ; il voit un valet de trèfle, et ainsi de suite jusqu'à la 70e carte que, complaisamment, je tire du jeu, pour lui permettre de me convaincre. Aucune de ces expériences ne réussit. La télépathie de M. Paul est en défaut jusqu'à la faillite, pour les cartes comme pour le reste.

Un autre genre d'expérience de même ordre est fait à plusieurs reprises, dans différentes séances. Nous prenons, sur la table, un livre et nous demandons à Paul de voir et de lire le premier mot de la centième page. Ce mot est «Madame», Paul lit «les invités». Le premier mot de la page 188 est «grand père», Paul lit «le récit» : Le premier mot de la page 55 est «de Malte», Paul lit «Il y eut» ; celui de la page

57 est «la bourgeoisie», Paul lit «par le temps» ; celui de la page 60 est «le rehaussait», Paul lit «la noblesse». Le dernier mot de la page 103 est «glorifient» Paul lit «soldats» ; celui de la page 106 est «le prêtre», Paul lit «s'il ne pouvait» ; celui de la page 230 est «il était», Paul lit «évident».

Nous continuons ainsi sans que jamais le mot trouvé par le sujet ne concorde avec celui écrit dans les différentes pages du livre ; notre pensée se rencontre cependant sur ce point : c'est que Paul se paye ma tête pour employer le mot consacré.

Passons à un autre exercice. Dix bulletins sur lesquels nous avons écrit des chiffres sont pliés en quatre, puis étalés sur la table. Je tire au hasard un de ces papiers, que je place, sans l'ouvrir, devant M. Paul qui, s'il a le don de vision, doit en deviner le contenu. Sur le premier bulletin, le chiffre 11 est inscrit, le voyant lit le chiffre 9. Sur un second bulletin est écrit 33, Paul lit 19. — 29 est lu 9. — 3 est lu 22. — 18 est lu 30. — 17 est lu 5.

Mme de B., voyant cette expérience qui réussissait si bien avec elle, donner un si piètre résultat, dirigée par moi, se met à ma place et écrit elle-même dix nouveaux nombres sur dix autres bulletins : le résultat est négatif quand même. Pas un seul chiffre, même par coïncidence, n'est lu exactement. Une influence maligne, croit-elle, fait d'un cerveau naguère si lucide un organe plongé dans de si épaisses ténèbres, qu'il ne peut plus rien voir ni deviner.

VI. Ludovic d'Angers.

En regard de la nullité si concluante des expériences précédentes, je citerai un cas contraire de lectures de pensées observé en 1894 chez le docteur Quintard et communiqué par ce savant à la Société de Médecine d'Angers (Annales des Sc. psych., p. 325.).

Ludovic X. est un enfant de sept ans qui au point de vue des problèmes arithmétiques, nous dit-on, semble marcher sur les traces du célèbre Inaudi ; mais il est doué en plus du don de lectures de pensées.

Sa mère ouvre un dictionnaire et demande à son fils quelle page elle a sous les yeux ; et le fils de répondre aussitôt : C'est la page 456, ce qui est exact. Dix fois il recommence, et dix fois il obtient le même résultat identique.

Si Mme X. marque de l'ongle un mot quelconque dans un livre, l'enfant, questionné à ce sujet, nomme le mot souligné.

Une phrase est écrite sur un carnet ; si longue soit-elle, il suffit qu'elle passe sous les yeux maternels, pour que l'enfant, interrogé même par un étranger, répète la phrase mot pour mot, sans avoir l'air de se douter qu'il accomplit un tour de force.

Mais le triomphe de cet enfant, ce sont les jeux de société. Il devine, l'une après l'autre, toutes les cartes d'un jeu. De même, il indique sans hésiter quel objet on a caché à son insu dans un tiroir.

Si on lui demande ce que contient une bourse, il mentionnera jusqu'au millésime des pièces qui s'y trouvent.

Sans les avoir apprises, il comprend et traduit toutes les langues étrangères : l'anglais, l'espagnol, le grec et le latin.

Le Dr. QUINTARD, qui plus tard inventa le traitement par les injections d'eau de mer, paraît être de bonne foi lorsqu'il nous donne cette observation ; il s'agirait de savoir si le petit Ludovic a été présenté à la Société de Médecine et si, devant cette assemblée, les mêmes faits de lectures de pensées se sont renouvelés avec succès. On a vu que M. de B., sa femme, sa famille, ses amis croyaient de bonne foi aux facultés de M. Paul et que rien n'est resté debout, lorsqu'on a vérifié les expériences de près. Peut-être en serait-il de même, si on faisait subir le même examen aux tours télépathiques que nous raconte le Dr. QUINTARD. Il est si facile d'être trompé.

J'ai écrit à M. le Dr. QUINTARD la lettre suivante au sujet des lectures de pensées du petit Ludovic d'Angers :

J'aurais besoin des documents suivants :

1º Maintenez-vous aujourd'hui cette histoire telle quelle, ou bien avez-vous découvert la fraude?

2º Des expériences officielles devant la Société de Médecine d'Angers ont-elles été faites avec toutes les garanties désirables?

3º L'enfant lisait-il seulement la pensée de sa mère, ou encore celle d'autres personnes?

4º Vit-il encore? Conserve-t-il la même faculté? Connaissez-vous son adresse, et pouvez-vous la donner?

Le docteur QUINTARD ne m'a pas répondu.

VII. Autres expériences de télépathie.

Arrivons à d'autres exercices de télépathie, très intéressants s'ils réussissaient. M. Paul va essayer de lire dans la pensée des personnes présentes, dans la mienne d'abord.

Première expérience : Me voilà songeant fortement à l'image d'un fœtus de singe représenté à la page 58 du livre de METSCHNIKOFF ! Je le vois très semblable à celui de l'homme, avec son long bras autour de la tête et son pied droit tenant le pied gauche. Fixement je regarde M. Paul, pour lui communiquer cette image.

D. Que vois-je?

R. Vous pensez à une femme qui s'élève et monte en l'air!

Ce n'est pas précisément cela, bien que la femme comme l'homme descende du singe.

Deuxième expérience : Mme de B. me dit de penser fortement que je suis dans ma chambre, d'en sortir, d'aller dans une autre pièce et d'y faire quelque chose. Son fils doit suivre ma pensée, y voir l'appartement où je vais me transporter mentalement, le décrire et dire ce que j'y ferai. Cette expérience est le triomphe de M. Paul, me dit-on.

Voici ce que je fais en imagination : De ma chambre, je me dirige à la salle à manger où je m'assieds à ma place habituelle, j'étale ma serviette sur mes genoux, je me sers du plat que m'apporte un domestique, je mange et je bois.

Le voyant n'aperçoit rien de semblable. Il se trompe de porte. D'après lui j'entre dans ma chambre où il y a beaucoup de livres, il me voit m'asseoir sur un fauteuil. En somme, résultat nul.

Troisième expérience : M. de B., père de Paul, constatant les mauvais résultats obtenus avec moi, veut voir si, avec lui, il en sera de même. En face de son fils, qui lui tient fortement les deux mains, il pense à un fait qui vient de se passer ici. Après un moment de silence, Paul nous dit voir une tête . . . une tête . . . et rien de plus.

Or, c'était un chat qu'il devait voir, un chat de la maison, tué le matin et pour lequel M. de B. avait fait creuser un trou au pied d'un arbre, pour l'y enterrer. C'est le tableau que M. de B. se représentait si bien et que M. Paul voyait si mal.

Quatrième expérience : Elle se passe entre M. Paul et moi. Je me représente intensivement mon cocher assis sur son siège et m'attendant à cent mètres de la villa. Malgré les effluves de nos mains, malgré les rayons de nos regards plongés réciproquement dans nos yeux, M. Paul ne voit rien de la voiture qui se repose, des mules qui s'endorment et du cocher qui se morfond.

Cinquième expérience : Deux jours plus tard, je renouvelle cette même expérience : elle est décisive. L'avant-veille M. Paul m'avait accompagné jusqu'à ma voiture ; il peut donc supposer qu'aujourd'hui encore, elle est à la même place. Or, il se trouve que ce matin, je dois aller la rejoindre par le tram électrique, à trois kilomètres de la villa, près de la gare de Bab-el-Oued. Une dame assise sur la banquette m'y attend.

Je demande à M. Paul de bien vouloir me dire où se trouve en ce moment mon véhicule et ce qu'il contient. Moi-même, comme il convient, je pense fortement à cette image que je vois clairement dessinée devant mes yeux. M. Paul se met longuement en transe et finit par déclarer qu'il voit cocher, mules et voiture sur la route, près de la villa, à l'endroit précis où ils étaient l'avant-veille. Il n'a vu ni la station de Bab-el-Oued, ni la dame assise sur la banquette. Donc encore résultat négatif.

VIII. Extériorisation de la pensée.

Arrivons maintenant aux faits d'extériorisation de la pensée. M. Paul doit voir aujourd'hui, mercredi 2 juin, ce que je fais à 11 heures du matin et à 2 heures de l'après midi, dans ma maison de santé, située à quatre kilomètres environ de sa demeure. A 11 heures du

matin, je suis à Alger, chez un pâtissier, rue Bab-Azoun, achetant des gâteaux; je traverse la place du Gouvernement et je vais à la Poste du Palais consulaire où j'envoie un télégramme; puis je retourne prendre le tram électrique jusqu'à l'hôpital du Dey; je monte dans ma voiture qui me ramène à la vallée des Consuls.

Ce que voit Paul: «Vous êtes assis dans une salle et autour de vous des statues, des tableaux, des squelettes, des pierres».

A 2 heures de l'après midi, je suis assis devant ma table de travail et j'écris des lettres; je suis habillé d'un complet d'été de couleur jaunâtre, nu-tête.

Ce que voit Paul: «Je vous aperçois en train de vous promener en costume gris, chapeau panama, ombrelle blanche avec dessous vert».

Aujourd'hui samedi, de 2 heures à 3 heures, nouvelle expérience. Fatigué d'une nuit passée en voyage je fais la sieste, tenant entre mes bras une cloche arabe en bronze; deux employés qui travaillent dans la chambre voisine peuvent en témoigner: ils doivent me réveiller à quatre heures.

Ce que Paul a vu? Voici: «Je vois des arbres, des fleurs et des murs blancs, des espèces d'instruments de jardinage avec un manche: vous êtes assis sur du feuillage vert et vous tournez dans votre main des carrés blancs sur lesquels je vois du noir. Ensuite, je vous vois marcher et vous avez quelqu'un près de vous».

Le même soir, de 7 h. 1/2 à 8 heures, je dîne chez des amis, à Mustapha Supérieur, nous sommes huit personnes à table: deux dames et un grand chef arabe en très beau costume blanc, pas d'enfants. Une grande fenêtre s'ouvre sur une vérandah et un jardin; au loin, la mer éclairée par un beau clair de lune. Je n'ai pas de montre et j'ai totalement oublié M. Paul.

Ce que voit Paul: «Vous êtes chez vous, assis devant une table avec des personnes que vous aimez; vous parlez, vous souriez; je distingue une femme de 30 ans environ, deux hommes et, par intervalle, deux enfants. A un moment donné, vous regardez votre montre et pensez à moi».

Dimanche de la Pentecôte, 8 h. 1/2. Ce que je fais: assis dans mon pavillon, et coiffé d'un bonnet de soie bariolé, je relis des notes sur la télépathie; jusqu'à 9 h. 1/2 je ne quitte ni mon fauteuil, ni ma chambre.

Ce que voit Paul: «Je vois des anges, j'entends de la musique, vous êtes tantôt assis, tantôt debout, vous avez en face de vous un homme qui fait des gestes. Puis je vous vois dans une chambre mauresque». Monsieur Paul a pensé que le jour de la Pentecôte, j'irai à la messe comme il avait supposé la veille au soir que je soupais en famille et le matin que je travaillais dans un cabinet d'histoire naturelle; ne connaissant ni mes habitudes ni mon genre de vie, il ne peut prédire mes actes comme il le fait avec les parents et amis dont il sait les faits et les gestes habituels.

A 5 heures du soir. Ce que je fais: Je suis entre les mains de mon valet de chambre qui me rase; je tiens à la main une tige de lys blanc à trois fleurs; sur une table m'attend le thé».

Ce que voit Paul : «Quelque chose qui monte et qui descend», et son geste exprime l'idée d'un homme qui pompe des deux bras.

Mme de B. émet l'avis que la main d'un coiffeur monte et descend, cela afin de sauver quelque peu la double vue de son fils. Nous rions un peu de l'explication.

A 6 heures 1/2 du soir, j'arrive à la villa de M. Paul, en me voyant il s'écrie : «Je vous ai vu venir d'Alger et j'en ai prévenu ma mère». Mme de B. me confirme la chose ; mais comme, dans l'après-midi, M. Paul m'a téléphoné qu'il se tenait à ma disposition ce jour-là ; que la deuxième expérience du jour avait eu lieu de 5 heures à 5 h. 1/2 et que Mme de B. dîne à 7 h. 1/2, il était facile de prévoir que j'arriverai vers 6 heures ou 6 heures 1/2, sans qu'il fût besoin de se mettre en frais de télépathie.

Mais, même alors, la voyance de M. Paul était en défaut. Il m'avait vu venir d'Alger ; or, sans passer par la ville, j'étais arrivé directement chez lui par les hauteurs de Notre-Dame d'Afrique.

Trois fois encore des rendez-vous sont pris pour des expériences analogues, mais plus rien ne va.

Trois jours après, je reçois la lettre suivante :

«J'ai essayé de me conformer au programme que vous avez eu la bonté de m'envoyer : je n'ai obtenu que des résultats flous, vagues, et si peu précis qu'il est inutile de vous les faire parvenir. Le jour où je me sentirai apte à voir de nouveau, je vous demanderai l'autorisation de vous prévenir par téléphone.»

J'attends encore.

VIII. Faillite de la télépathie à Alger.

Ceux qui viennent de lire ce chapitre de mes relations télépathiques avec M. Paul de B. et sa famille, ont pu se rendre compte que les phénomènes qui avaient fait si grand bruit dans un milieu très intelligent d'Alger, se sont trouvés réduits à néant, lorsqu'ils ont été observés et surveillés d'un peu plus près qu'on n'avait l'habitude de le faire. Il a suffi pour cela de ne tenir nul compte des racontars antérieurs et de n'admettre que les faits passés sous nos yeux et contrôlés par nous.

On sait combien en général les télépathistes, les spirites et les faiseurs de miracles mettent d'amour-propre à vouloir prouver qu'ils ont raison envers et contre tout. Quelques fois, il faut le dire, c'est par un très noble motif, par exemple, le sentiment qu'on va rendre service à l'humanité en la dotant d'une nouvelle science, c'est le cas de la famille de B. ; alors pour y arriver, parfois on exalte les faits et l'imagination aidant, on les habille avec tant de clinquant qu'on ne parvient plus à distinguer le vrai du faux ; parfois aussi dans le

même but, on va plus loin ; on ne craint pas de tromper tant soit peu la galerie pour mieux emporter la conviction des incroyants. C'est ce qui s'est produit un jour avec M. Paul ; mais celui-ci comprit bien vite que je n'admettrais que des faits insoupçonnables et à partir de ce moment, la plus parfaite correction régna dans nos expériences. L'histoire vaut la peine d'être contée ; elle fera comprendre comment des esprits superficiels peuvent admettre des faits de télépathie, inventés de toutes pièces.

Le vendredi 28 mai, je recevais à 8 heures du matin, dans ma chambre à coucher, une personne qui n'avait pas voulu attendre au parloir et avait bravé la consigne pour entrer chez moi. Elle venait sous un prétexte de charité. Or, à ce moment, un bain de pieds était placé sous le bureau devant lequel j'étais assis ; mais la visiteuse ne put voir ni mes jambes nues ni le bain cachés dans les plis de ma robe de chambre. Je cite ce fait qui va nous servir. Peu après, je surprenais cette personne, inspectant du regard le mobilier de ma chambre, comme pour en faire l'inventaire. Faisait-elle partie d'une bande de cambrioleurs ? Cette pensée me vint à l'esprit et me mit de méchante humeur. Je lui fis remarquer que nous recevions les malheureux tous les jeudis, à 6 heures du soir, au siège de l'Oeuvre de Solidarité, rue Macaron, à Alger ; que c'était là qu'elle aurait dû se présenter la veille ; qu'elle devait s'y rendre le jeudi suivant pour exposer sa demande au Comité. Elle m'expliqua qu'elle y était allée la veille, mais ne m'y avait pas rencontré.

La dame mentait évidemment : à l'heure indiquée, j'étais au siège de l'Oeuvre avec d'autres membres du comité. En partant elle me laissa son nom et son adresse qui furent également reconnus faux plus tard : le jeudi suivant, nous ne la revîmes pas à la réunion de l'Oeuvre.

Or ce même vendredi 28 mai, deux heures après la visite de cette pauvre simulée, à 10 heures du matin, je vins au rendez-vous convenu, à la villa de M. Paul ; en arrivant celui-ci me raconta que sa pensée s'était extériorisée à 8 heures précises et qu'il avait vu ce que je faisais à ce moment et même la veille à 6 heures du soir. Voir les choses passées, ce n'est plus de la télépathie, c'est de la sorcellerie. Pour me prouver sa double vue, il me donna un papier où ses visions étaient relatées ; les voici : «Je vous vois venir rue

Macaron; au-dessus d'une porte mauresque sont écrits ces mots : Oeuvres, Pauvres. Dans l'intérieur des chaises assez vielles et des tabourets, une table de bois blanc et dessus quelques papiers avec les mêmes mots : Oeuvres, Pauvres. A la porte des femmes misérablement vêtues qui semblent attendre. Je vous vois assis sur une chaise de paille, près de la table, il y a des gens autour de vous, je vois défiler des pauvres que vous appelez et interrogez ; je perçois ces mots : enfants, maris, pain ; vous prenez des notes en dévisageant les personnes qui passent sous vos yeux». Puis vient la description de l'intérieur d'une maison voisine et de ses habitants dont nous n'avons que faire, description très exacte du reste. De même, le matin à 8 heures, par extériorisation de sa pensée, il m'a vu : il décrit le chemin de la Vallée des Consuls, l'allée qui monte chez moi, les jardins pleins de fleurs, mon chien jaune ; puis il entre dans ma chambre et me décrit les meubles : lit, armoire à glace, portrait. Il ajoute : «Je vois une femme pauvre qui s'approche ; du moins je la juge ainsi d'après sa mise ; je vous vois relever la tête, vous dites «Entrez». Je vous vois causer avec cette femme ; vous avez l'air en colère, puis vous écrivez sur un morceau de papier blanc bordé de noir et vous le donnez à cette femme ; je distingue les mots : couronne de pain, porte à droite. Je vois enfin sortir cette femme.»

Analysons ces deux visions. M. Paul, du moment où il voit par télépathie, doit voir ce qui est, tout ce qui est, et nullement ce qui n'est pas. Or, ni sur la porte, ni sur les papiers qu'il a lus, n'est écrit le mot «Pauvres». L'Oeuvre de Solidarité s'occupe des ouvriers à petit salaire qui ont plus de quatre enfants ; or, pour ne pas désobliger ces familles qui ne tendent pas la main, elle évite soigneusement d'inscrire ce mot «Pauvres» soit sur la porte de son local, soit sur les bons qu'elle donne.

D'autre part, M. Paul nous a vu recevoir, dans ce bureau de la rue Macaron, un long défilé de malheureux : il a entendu les mots : enfants, maris, pain. Il s'est trompé de huit jours ! Ce défilé avait eu lieu le jeudi 20 mai et non le jeudi 27 mai. Ce jour-là nous n'avons reçu en effet qu'une femme arabe et ses enfants vêtus de blanc. Or, ce tas de blancheurs devait frapper la vue même de loin. Pourquoi M. Paul a-t-il vu ce qui n'existe pas, et n'a-t-il pas vu ce qui existait ?

C'est qu'ayant appris que notre bureau donnait des secours chaque jeudi, il a supposé que de nombreuses familles étaient venues. Ignorant que le dernier jeudi du mois était réservé à un autre travail, il s'est complètement trompé.

Pour la vision du vendredi matin, M. Paul n'a pas vu le bain de pieds que je prenais. La cause de cette erreur capitale, faut-il la chercher dans le fait que la visiteuse avait omis de lui en parler, son inspection ne s'étant pas égarée sous ma table? N'allons pas trop au fond des choses.

La femme reçue chez moi, le matin du 28 mai, a-t-elle pu fournir, oui ou non, des renseignements à M. Paul? Si oui, cela suffit pour que cette extériorisation, entachée de soupçons, ne soit plus recevable.

En résumé, dans cette circonstance: 1° parce que M. Paul a vu les choses autrement qu'elles n'étaient; 2° parce qu'il n'a pas vu le fait principal soit dans la rue Macaron, soit dans mon pavillon; 3° parce qu'on peut accuser M. Paul d'avoir appris ce qu'il raconte par une autre voie que par la télépathie; 4° enfin, à cause du trop grand désaccord qui existe entre la réussite partielle de cette expérience non vérifiée et la non-réussite des douze autres extériorisations vérifiées; pour toutes ces raisons, il nous est impossible d'admettre cette extériorisation.

Nous en avons fini avec M. Paul.

Comme d'autres personnes d'Alger s'étaient occupé de Pickman et continuaient des expériences de télépathie, je leur fis demander d'assister à quelques-unes de leurs séances, mais elles se récusèrent; il avait suffi de les mettre au pied du mur de leur croyance pour que ce mur s'effondre.

Comme conclusion de ce premier chapitre, disons que la télépathie à Alger n'a donné aucun résultat. Pour être accepté, un fait scientifique doit être renouvelable; or, devant nos yeux, sans doute parce qu'ils sont largement ouverts, aucun des faits dont on nous avait dit monts et merveilles n'a pu se reproduire.

Nota. Le Dr. Aboulker, médecin de l'hôpital civil d'Alger, s'étant trouvé assister avant moi aux expériences de M. Paul, dans la villa du bord de la mer, veut bien me donner à ce sujet une note lorsque déjà mon travail était terminé, mais comme elle confirme ma thèse je me hâte de l'insérer.

Ce savant confrère m'autorise à affirmer que jamais, dans les soirées très nombreuses dont il fut, pour ainsi dire, le vérificateur, il

ne survint un fait quelconque pouvant amener un doute dans son esprit sur sa réalité.

Une fois sur dix petits papiers on écrivit à l'encre les dix premiers chiffres, et au crayon sur dix autres papiers les mêmes nombres. Total : 20 petits papiers pliés en quatre contenant 10 chiffres répétés deux fois, qu'on donna à deviner à M. Paul. Or celui-ci se trompa 17 fois et devina 3 fois les numéros inscrits ; M. le Dr. Aboulker ne considéra cette divination de trois chiffres que comme une coïncidence résultant de deux chances sur dix, analogue aux chances qu'a un joueur à la roulette. Pourtant, la famille ayant des tendances à mettre ce résultat à l'actif de la télépathie, le Dr. Aboulker fit une autre expérience où toutes chances étaient écartées ; il écrivit sur vingt morceaux de papier des signes géométriques, des lettres de différentes langues et autres figures simples. Or chacun de ces plis ayant été successivement présenté à M. Paul, celui-ci ne peut en deviner aucun. L'expérience était concluante.

C'est alors que, malgré les insuccès constants des expériences faites par le Dr. Aboulker, la famille qui avait une foi robuste en la télépathie, sur son indication, demanda au Dr. Rouby de vouloir bien assister aux expériences de M. Paul, et remplacer son confrère dans le rôle de vérificateur télépathiste.

CHAPITRE II

LES FAITS DE TÉLÉPATHIE DE SWEDENBORG

I. Au tamis de l'analyse.

On sait ce qu'était le suédois Swedenborg, au XVIIIe siècle, mathématicien, physicien, naturaliste, astronome, créateur d'une religion nouvelle ; il fut à la fin de sa vie, de plus, atteint d'aliénation mentale de telle sorte que ses écrits et ses actes dans cette dernière période, doivent être sévèrement contrôlés. Les partisans de la télépathie s'appuient sur deux faits troublants qui le concernent, relatés par lui dans ses mémoires, reproduits plus tard dans les ouvrages de Kant[1] et enfin cités par le Professeur Gilbert-Ballet dans son étude sur Swedenborg. C'est vraisemblablement, écrit ce dernier, sous l'influence d'hallucinations, que se sont produits, chez Swedenborg, certains faits de double vue et de télépathie, à propos desquels, aujourd'hui, comme au temps du théosophe d'ailleurs, la critique a quelque peine à s'exercer[2].

[1] Les rêves d'un visionnaire par Kant.

[2] Swedenborg, par le Dr. Gilbert-Ballet (Masson, Paris), p. 145.

A notre tour, nous allons raconter les mêmes faits mais en essayant, par une analyse serrée, de les dépouiller de leur merveilleux et de démontrer la réalité qu'on n'a pas su voir.

II. L'incendie de Stockholm.

Le premier cas de double vue eut lieu à Gothembourg, important port de mer de la Suède, en face du Danemark, à moins de 400 kilomètres de Stockholm, la capitale. Swedenborg venait de débarquer dans cette ville et passait la soirée chez un négociant de ses amis avec d'autres personnes. Tout à coup, il déclare avec tous les signes de la consternation qu'un immense incendie venait d'éclater à Stockholm. Au bout de quelques heures, pendant lesquelles Swedenborg se retirait de temps à autre, il apprenait à la société que le feu était arrêté et affirmait que les dégâts étaient très importants.

Cette étonnante nouvelle s'était répandue et circulait dans la ville, lorsque, deux jours après, les gazettes de Stockholm apportèrent à Gothembourg, la confirmation des visions de Swedenborg.

Analysons ce fait de près.

Pour l'admettre scientifiquement, il faudrait les attestations des personnes présentes, datées de la nuit de la prédiction, avec, en regard, la date et l'heure de l'incendie. Kant, qui nous raconte l'histoire très longtemps après, n'a rien vu par lui-même et n'a contrôlé aucune assertion : il a soin, dans son récit, de le dire : «Le rapport venu de Stockholm était, dit-on, conforme en tous points à la vision de Swedenborg». Ce qui signifie nettement que Kant ne prend pas la responsabilité de son récit. Swedenborg, à cette époque, était aliéné, par conséquent, capable, comme tant d'autres, d'actes criminels ; de plus, il se croyait prophète et avait besoin de miracles pour fonder sa religion, pourquoi n'aurait-il pas concerté l'incendie avec un autre aliéné, ou avec un de ses disciples fanatiques? Le bateau qui a laissé Swedenborg à Gothembourg en continuant sa route jusqu'à Stockholm, pouvait porter le complice qui, à la date fixée, mettrait le feu au faubourg de la ville. Cette hypothèse est hasardeuse ; elle n'est pas impossible.

Deuxième hypothèse : Stockholm, très grande ville déjà

à cette époque, était, en partie, une ville en bois et, par conséquent, devait souffrir d'incendies fréquents. SWEDENBORG, thaumaturge, visionnaire, entendant la voix de Dieu lui dire qu'il brûlerait la capitale de la Suède, comme il avait brûlé Sodome et Gomorrhe, a pu répéter ces menaces divines, maintes et maintes fois, et notamment le jour du dîner chez le négociant. Il s'agirait alors d'une coïncidence infiniment moins extraordinaire qu'elle ne paraît au premier abord. SWEDENBORG, dans cette hypothèse, aurait prédit l'incendie à diverses reprises ; comme il ne se produisait pas, la prophétie tombée dans l'eau était vite oubliée. Or, si Stockholm brûle une fois par mois et si SWEDENBORG prédit l'incendie à chaque instant, il arrivera nécessairement un jour où les deux faits coïncideront. Cette hypothèse est plausible et ne nécessite pas l'existence de la double vue.

Une troisième explication, ce sera la dernière, beaucoup plus simple peut encore être admise comme vraisemblable.

Elle m'est venue à l'esprit, à cause d'un fait analogue qui, autrefois, m'avait fortement impressionné. En 1851 au mois d'octobre, j'habitais avec ma famille un village de France, entre Lyon et Mâcon. Or, on sait que l'immense et large plaine, au milieu de laquelle coule la Saône, s'étend jusqu'au plateau de Langres, bornée à l'Ouest par les collines de la Côte d'Or, et à l'Est par les montagnes du Jura, sans qu'aucune élévation du terrain vienne arrêter le regard du côté Nord. Un soir, vers 10 heures, les habitants du village furent affolés par la vue d'une lueur immense et vive dans la direction du Nord, naissant à plusieurs degrés au-dessus du sol et s'élevant vers le zénith où elle se dégradait peu à peu. Dans le but de légitimer le coup d'Etat de 1851, le parti bonapartiste faisait croire aux populations des campagnes que des républicains rouges, désignés sous le nom de voraces, mettaient le pays à feu et à sang. Ils affirmaient que des villages voisins brûlaient et que le leur allait bientôt brûler aussi ; de là cette grande terreur. Mon père m'expliqua qu'il ne pouvait en être ainsi et que le lieu de l'incendie, au contraire, était très éloigné de nous, à 200 ou 300 kilomètres au moins ; que si la partie basse de la flamme était cachée et que si on ne pouvait voir que la partie supérieure, qui paraissait en l'air comme une aurore boréale, la rotondité de la terre en était la cause ; le phénomène ne se produirait pas

si l'incendie était voisin de nous. En effet, le lendemain, les journaux relataient aux environs de Langres, l'incendie d'un très grand magasin de bois dont les flammes s'étaient élevées à une prodigieuse hauteur.

Donc, un grand incendie de bois peut s'apercevoir à deux cents kilomètres, avec une netteté telle qu'il semble aux spectateurs n'être qu'à dix ou vingt kilomètres. Lorsque pour la première fois, je lus la relation du fait de Swedenborg, je me souvins aussitôt de l'incendie de 1851, et je me demandai si la lueur de Stockholm ne pouvait pas être visible à Gothembourg, malgré l'éloignement plus grand du double. Gothembourg est situé, il est vrai, à 350 kilomètres de Stockholm, à vol d'oiseau, mais les deux villes ne sont séparées l'une de l'autre par aucune chaîne de montagnes ; il y a à peine entre elles une ondulation de terrain qui s'élève à 70 mètres de hauteur, au point culminant.

D'après la carte, le tracé entre Gothembourg et Stockholm ne rencontre pas les collines du Sud, qui, du reste, ne s'élèvent elles-mêmes qu'à cent ou cent vingt mètres.

D'autre part, en Suède, les forêts couvrent une surface de 175,000 kilomètres carrés, avec une consommation forestière de 28.000.000 de stères par an. Bien qu'une partie du bois soit exportée, son bon marché fait qu'il est utilisé dans le pays pour la construction des édifices. Aux diverses expositions de Paris, ce sont des maisons en bois, des églises en bois, des maisons municipales en bois qu'on nous a montrées. De plus, ces constructions en bois de sapin, essentiellement combustibles, sont goudronnées et peintes pour en assurer la conservation, et le toit est lui-même recouvert de planchettes imbriquées au lieu de tuiles comme dans d'autres pays. Si on comprend aisément quelle intensité de flamme doit donner l'incendie d'une seule de ces maisons, l'imagination demeure impuissante à concevoir ce que devient la hauteur et l'étendue d'un incendie lorsque brûle tout un quartier construit en bois. Je m'imagine que le reflet d'une pareille flamme était visible à Gothembourg.

Sans doute, cette lueur aperçue à 350 kilomètres environ, ne pouvait être que très affaiblie ; mais il suffit qu'elle fût perceptible pour que mon hypothèse ne soit pas taxée de fantaisie. D'un autre côté, Swedenborg était un physicien de premier ordre : s'il a vu le reflet de l'incendie, même très

atténué, il a eu vite fait de se rendre compte que sa direction concordait avec la situation de Stockholm; puis sachant la rotondité de la terre et ce qui en résultait en optique, comme hauteur de la flamme au-dessus du sol, il pouvait en conclure, sans crainte de se tromper, que le point incendié, étant situé à 350 kilomètres environ, c'était nécessairement la capitale qui flambait.

Si je sais lire entre les lignes, il semble que KANT me donne raison: «Au bout de quelques heures, écrit-il, pendant lesquelles il se retirait de temps à autre, il apprit à la société que le feu était arrêté.» Cela ne veut-il pas dire que SWEDENBORG, voulant bénéficier du titre de prophète, laissait ses amis continuer la conversation, tandis qu'il allait au dehors observer le sinistre et se rendre compte de ce qu'il devenait par l'état de la lueur. Puis, rentrant dans le salon après chacune de ces absences, il continuait sa prophétie. On objectera peut-être que la lueur ne fut aperçue par aucune autre personne à Gothembourg. La chose s'explique aisément. On est en Suède, au mois de juillet, moment où les nuits sont très courtes. Lorsque la lueur de l'incendie parut, la plupart des habitants étaient plongés dans le sommeil. De plus, cette lueur affaiblie déjà par la très grande distance est encore atténuée par la lumière crépusculaire des nuits d'été du Nord. Mais un phénomène assez peu brillant pour ne pas retenir l'attention des rares passants, ne pouvait rester inaperçu aux yeux d'un astronome aussi éminent que SWEDENBORG. Une lueur insolite dans le ciel comme celle dont nous venons de parler, devait immédiatement le frapper, l'intéresser et l'inciter à en découvrir la cause.

Concluons: cette vision de SWEDENBORG n'est pas un fait de télépathie indiscutable; elle fait honneur seulement à ses connaissances scientifiques et à son intelligence déliée, mais non à ses facultés télépathiques. Ceux qui s'étonneraient de la chose chez un halluciné doivent savoir que chez quelques-uns d'entre eux, à côté de circonvolutions cérébrales qui fonctionnent mal, d'autres, voisines, fonctionnent aussi bien, sinon mieux, que celles similaires des gens sensés.

III. La cassette de Mme de Marteville.

Le second fait de télépathie qui fit grand bruit dans son temps grâce encore à SWEDENBORG, est celui de Mme DE MAR-

teville. A la mort de M. de Marteville, son premier mari, survenue à Stockholm en 1775, sa femme n'avait pu retrouver une valeur de 25,000 florins, trop bien cachée qu'elle était dans un meuble anglais de son salon. Un an après, Mme de Marteville eut l'idée d'aller rendre visite à Swedenborg, qui revenait en Suède, après un long séjour en Angleterre. Huit jours après cette visite, il arriva que feu M. de Marteville apparut en songe à sa veuve et lui indiqua, dans la cassette de façon anglaise, un endroit où elle trouverait non seulement la valeur, mais encore un bijou précieux également égaré. Mme de Marteville se réveille, se lève et trouve effectivement la quittance et l'épingle, dans la cassette indiquée.

A 11 heures du matin, Swedenborg, avant d'avoir rien appris de ce qui était arrivé, se fait annoncer et raconte à Mme de Marteville qu'il avait eu, pendant la nuit précédente, la vision de feu son mari et que l'esprit s'était dit pressé d'aller annoncer à sa femme une importante découverte.

L'histoire fut racontée par Mme de Marteville à son second mari et par celui-ci à un abbé qui la publia, sans que jamais personne ne s'inquiétât d'expliquer le mystère. Puisqu'on ne l'a pas fait, cherchons les motifs naturels de cette prétendue télépathie.

Mme de Marteville, dans la visite qu'elle fit à Swedenborg, dont la réputation de sorcier mondain était grande, lui parla des objets perdus, quittance et bijou, et lui demanda de l'aider à les retrouver. Swedenborg dut alors l'interroger sur la date de la quittance, sur le meuble anglais dont on s'était servi pour la serrer et lui mettre dans l'esprit l'idée que la quittance pouvait être dans un tiroir secret de la cassette anglaise.

Après cette visite, la tête de Mme de Marteville travailla sans doute. On peut supposer qu'elle avait été présente lorsque son mari cachait le billet et le bijou dans le meuble anglais, mais que son esprit, distrait par autre chose, n'y avait pas prêté attention, tandis qu'au contraire la partie inconsciente du cerveau, le polygone, dirait le Docteur Grasset, recueillait les sensations apportées par cette vision. Une nuit, lorsque l'esprit est endormi, et que les autres centres sensitifs sont en activité, Mme de Marteville revoit en rêve la scène, recueillie dans les centres inférieurs, dans laquelle son mari cache les objets dans un certain tiroir du meuble anglais. Ces

retours de mémoire pendant le sommeil ne sont pas rares et expliquent la découverte du papier et du bijou, sans que la télépathie y soit pour rien.

D'autre part, on nous dit bien que SWEDENBORG, en arrivant chez M[me] DE MARTEVILLE, ne savait rien ; mais si nous tenons compte de ce fait que M[me] DE MARTEVILLE se leva à 9 heures du matin, comment ne pas supposer qu'elle n'ait pas fait éclater sa joie devant ses chambrières? Cette heureuse nouvelle eut vite fait de descendre de la chambre aux antichambres : tous les valets en causaient, en parlaient et s'en réjouissaient au moment où SWEDENBORG, à 11 heures du matin, venait rendre sa visite. Il n'eut qu'à prêter l'oreille aux recontars pour être instruit de l'heureux événement et comme il était homme à profiter de l'aubaine, pour ajouter un rayon de plus à sa gloire de prophète, il raconta à M[me] DE MARTEVILLE son soi-disant rêve de la nuit. Il y aurait eu double vue si SWEDENBORG, dès le premier jour, sur la demande imprévue de M[me] DE MARTEVILLE, était entré en voyance et avait découvert la cachette. Mais le fait, tel qu'il est raconté, n'est pas acceptable comme surnaturel.

IV. Propos d'halluciné.

On cite d'autres faits de même nature, dont SWEDENBORG fut le héros, mais dont l'authenticité n'est pas mieux établie et dont, par conséquent, la réalité n'est pas démontrée. On croyait alors aux illuminés et on écoutait SWEDENBORG avec une véritable vénération. Personne ne riait ou ne doutait, lorsqu'il prétendait que, dans la nuit précédente, il avait vu plusieurs esprits et entre autres, celui de M. DE MARTEVILLE qui avait refusé de s'entretenir avec lui parce que, très pressé, il allait quitter la colonie céleste, où il se trouvait depuis un an, pour passer dans une autre sphère beaucoup plus heureuse.

A cette époque des discours semblables faisaient de SWEDENBORG un grand personnage, qui était reçu et écouté pieusement par la reine ULRIQUE-ELÉONORE de Suède; aujourd'hui, les mêmes propos le conduiraient au Dépôt et à Ste-Anne.

CHAPITRE III

La Sorcière du Dr. Ferroul.

Certains faits de fausse télépathie peuvent se produire avec toutes les apparences de la certitude, grâce à de vrais brigandages scientifiques, organisés de toutes pièces dans un but de lucre.

Le Dr. Grasset nous a raconté une de ces fourberies combinée de telle sorte, qu'il l'accepta comme réelle et écrivit à son sujet un article retentissant où il célébrait l'entrée en scène des faits de clairvoyance. Quelques mois après, il dut faire amende honorable et déclarer qu'un certain Ferroul, maire de Narbonne et médecin, l'avait trompé ; chose plutôt rare dans le corps médical. Rouler l'un des professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier et l'Académie de cette ville tout entière, pour Ferroul ne fut qu'un jeu. Il devint un peu plus tard, comme on sait, le maître du Midi et une sorte de roi de Narbonne ; les foules sont pleines d'indulgence et d'enthousiasme pour ces farceurs audacieux qui sonnent creux, mais parlent haut.

A Narbonne, vivait une blanchisseuse qui avait le don de clairvoyance ; vous lui donniez une lettre et, à travers l'enveloppe, elle lisait le contenu ; vous lui ameniez un malade, elle apercevait le mal dans ses entrailles.

Des plaisants racontaient bien qu'un jour elle avait trouvé une maladie de matrice à un jeune garçon habillé en fille : mais ses amis prétendaient qu'elle avait parfaitement vu, à travers ses jupons, des attributs non féminins. Les habitants de Narbonne n'avaient rien à lui cacher.

Le Dr. Ferroul sut utiliser ces mirifiques qualités : «Malgré ma science, disait-il à ses clients, je ne puis voir dans votre estomac ; mais ma blanchisseuse verra tout dans votre viscère» Coût : cinq francs de plus. Huit jours après, lorsque le malade revenait, la voyante apercevait l'estomac guéri, mais l'intestin était prêt aux coliques ; puis tous les organes, les plus petits après les plus gros, étaient successivement passés en revue, au grand profit du Syndicat Médico-Blanchisserie.

Or, il advint que Ferroul, un beau jour, voulut faire consacrer son petit commerce par une grande autorité médicale et s'adressa à cet effet au Dr. Grasset.

Il alla donc voir le professeur et lui exposa les faits dont Narbonne était le théâtre. GRASSET qui aime flirter avec la télépathie, voire même avec le spiritisme, fut ravi de ce genre d'histoire, dont il était friand.

Croyant aveuglément à FERROUL, — un médecin de Narbonne, comme la femme de César, ne pouvant être soupçonné, — il se prêta complaisamment à l'expérience. Une lettre écrite par lui, enveloppée de papier d'étain, mise sous enveloppe opaque, scellée de gros cachets de cire rouge, fut remise à son confrère qui l'emporta à Narbonne pour la soumettre à la double vue de la blanchisseuse.

Celle-ci lut la lettre et, après l'avoir copiée, la renvoya au Dr. GRASSET, «sans avoir été décachetée» prétendit FERROUL.

La vérité est que le Dr. FERROUL avait ouvert et refermé l'enveloppe avec une subtilité telle que le confrère ne s'aperçut pas du cambriolage.

Le Dr. GRASSET fit paraître, dans un journal de la Capitale, un article sensationnel, reproduit par la plupart des journaux scientifiques, et surtout par les gazettes où le spiritisme est en honneur.

Mais il arriva ceci : L'Académie de Montpellier voulut, avant de donner son estampille, contrôler la première expérience par une seconde, conduite de telle façon que toutes causes d'erreur seraient écartées. Trois membres de l'Académie se rendirent à Narbonne, portant une enveloppe cachetée dont la visionnaire devait lire le contenu, mais placée dans une boîte en bois dûment scellée et dans laquelle on avait placé des plaques sensibilisées qui devaient se voiler, au cas où la boîte serait ouverte.

Le Dr. FERROUL n'avait pas vu la possibilité d'un piège, et lorsque la boîte fut rendue à la Commission d'enquête, non seulement on constata des traces d'effraction sur les cachets de cire, mais les plaques photographiques avaient subi l'influence de la lumière. Donc la boîte avait été ouverte et l'expérience échouait honteusement.

Le Dr. FERROUL qui, à la suite de ces faits, eût été conspué dans une ville moins méridionale, monta au contraire sur le pavois de la mairie, où il siège encore comme premier magistrat. A quoi donc sert l'honnêteté médicale, me demanderez-vous ?

Le Dr. Grasset, très correctement dans son second mémoire, raconte tout au long et la lamentable histoire et son effondrement. Mais comme il est indulgent par nature et flirteur incorrigible, il ne peut s'empêcher à ce sujet de parler de fraudes inconscientes, comme celles d'Eusapia Paladino. Ferroul, inconscient lui-même, a dû bien rire de la phrase.

CHAPITRE IV

HISTOIRE DE TROIS MAISONS HANTÉES

I. Les farces d'une jeune fille.

Le Dr. Grasset, dans son livre «Le Spiritisme devant la Science»[1], nous raconte l'histoire d'une maison hantée, dans une petite ville des environs de Montpellier, où une famille occupait deux maisons, sans payer de location. Le bruit courait qu'elles allaient être mises en vente ; à ce moment précis, il arriva que des faits extraordinaires se manifestèrent dans l'immeuble : bruits étranges, coups frappés aux volets, lits et autres meubles bouleversés, vaisselle en promenade. Nuit et jour, malgré une attentive surveillance, malgré des coups de fusil, malgré les prières et les exorcismes, la maison continuait à être hantée. On criait au diable, à la sorcellerie, aux revenants ; famille, voisins et habitants de la ville fermentaient à un degré inouï. On imagina de faire regarder dans un verre d'eau Jeanne la fille des locataires ; elle vit au fond du verre, la figure d'une vieille femme qui avait la réputation d'être un peu sorcière. Ce fut alors un tolle général, et la malheureuse vieille faillit être écharpée par la foule affolée.

Enfin, un beau jour, la jeune fille fut prise en flagrant délit de tapage nocturne ; dès lors, comme par enchantement, diables, revenants, esprits astraux et non astraux s'en retournèrent dans le ciel ou sous la terre, et tout cessa comme par enchantement. La fumisterie d'une petite fille de quinze ans avait pu, pendant plusieurs mois, causer cette révolution locale, sans que personne eût l'idée de porter un soupçon sur elle. Mais à ce jeu l'hystérose dont elle commençait d'être atteinte

[1] Le Spiritisme devant la Science, chez Masson, éditeur, page 325.

se développa rapidement. Un soir Jeanne poussa un grand cri ; elle se sentait serrée à la gorge, de sa bouche sortaient des hurlements, elle se débattait affreusement en pleine crise d'hystérie. Les mêmes convulsions se renouvelant, on la conduisit à l'hôpital de Montpellier dans le service du Dr. Grasset, qui put ainsi l'examiner et relater son histoire.

II. La possédée de Chéragas.

En 1908, dans le bourg de Chéragas, aux environs d'Alger, se passait une histoire presque identique à la précédente, dont l'héroïne fut surnommée «la possédée de Chéragas» par les journeaux de la localité. Cette aventure, assez intéressante pour être relatée dans tous ses détails, peut être considérée comme offrant le type d'une maison hantée. Elle fit grand bruit en avril 1908, non seulement à Chéragas, mais dans la ville même d'Alger, si bien que les journaux s'emparèrent du fait et le racontèrent amplement. Voici l'article publié à ce propos par l'un d'eux, *les Nouvelles d'Alger*.

«Ces jours derniers, dans le *Matin*, M. Gustave Lebon, le prince Bonaparte et M. Deriex offraient un prix de deux mille francs à tout médium qui, devant une commission, déplacerait un sou en cuivre de dix centimes placé sur une assiette, en le faisant s'élever à quarante centimètres de hauteur par l'effet de la seule force psychique.

Ce défi ne fut pas relevé, la chose paraissant impossible. Telle ne paraît pas être l'opinion de toute une population, celle de Chéragas, mise en émoi par une série de phénomènes vraiment étranges. Nous avons recueilli des témoignages à Chéragas même, chez les personnes les plus honorables et les plus dignes d'être écoutées. Les faits cités sont tellement extraordinaires que nous refusons de prendre à notre charge la responsabilité d'une affirmation, quelle qu'elle soit : nous laisserons la parole aux témoins oculaires qui vont ici certifier les évènements auxquels ils ont assisté.

M. Todeschini a créé à Chéragas un atelier de ferblanterie, voici environ trois ans. Veuf depuis neuf ans, jouissant de l'estime générale, il travaille pour élever sa famille. Le 1er avril 1908, il prit à son service une jeune bonne de quatorze ans et trois mois, Thérèse Sellié. C'était, dit-il, une jeune fille docile, polie, et travailleuse ; un peu trop timide, s'exprimant sans aucun défaut de prononciation. Pendant les huit premiers jours aucun fait, aucun indice ne fit soupçonner les phénomènes qui allaient se dérouler et nous effrayer tous.

Le 9 avril, vers 7 heures du soir, nous avons entendu très distinctement deux coups fortement frappés contre la vitre de la salle à manger et contre la porte de la cuisine. Porte et fenêtre ouvrent dans la cour située derrière notre maison. Cette cour, entourée de hauts

murs et d'autres bâtiments, est fermée par un portail élevé. Mon neveu, Antoine Faissel, est allé voir qui frappait ainsi. Il n'a vu personne et nous n'avons pas prêté plus d'attention à ce fait insignifiant. Mais le lendemain et le surlendemain, les mêmes coups secs se répétaient deux et trois fois, à quelques secondes d'intervalle. Mon neveu, un solide gaillard de 20 ans, se précipitait dehors, fouillait coins et recoins de la cour sans jamais trouver personne.

Je me suis rendu à la gendarmerie pour prévenir que nous étions disposés à faire un mauvais parti à ces farceurs-frappeurs, qui effrayent aussi bêtement mes enfants et ma bonne. Les gendarmes m'approuvèrent, et je résolus d'établir une surveillance sérieuse. Je priai M. Fournier, un honorable proprétaire de Chéragas, ainsi que mon gendre et mon neveu de me prêter main-forte. M. Fournier se plaça à l'une des fenêtres du premier étage, juste au-dessus de la porte de la cuisine, le chien de garde, excellent cerbère, fut posté au dehors de la porte ; je me tenais moi-même au dedans. Les mêmes coups secs furent entendus, mais personne ne vit rien et le chien n'aboya pas.

Le lendemain, M. Fournier se cacha dans un tas de fagots, à trois mètres environ de la cuisine, avec un fusil chargé à la main. Mon gendre se mit dans l'atelier, moi dans la salle à manger, et le chien toujours au seuil de la porte ; le même phénomène se produisit sans que nous puissions voir qui frappait.

Le surlendemain M. Fournier, un revolver à la main, se posta derrière la porte de la cuisine qu'il laissa entrebaillée. Lorsque les coups se firent entendre, il ouvrit vivement la porte et fit feu.

Depuis ce jour les coups cessèrent ; mais alors d'autres faits plus graves se produisirent. Dans l'après-midi du jeudi 16 avril, ma fille Emilie accourut tout effrayée dans mon atelier en criant : «Viens voir, papa ; on a volé dans le magasin, tout y est bouleversé». En effet, je vois la lampe à terre, une bouteille, des manches de faulx pêle-mêle dans le magasin, dont les vitrines et les tiroirs étaient ouverts ; la clef de la porte d'entrée, les boulons et les clavettes de la devanture avaient disparu.

De nouveau je me rends à la gendarmerie et demande que l'on vienne constater la tentative de vol dont je crois être victime. Les braves gendarmes constatent les faits, demandent si j'ai des soupçons et se retirent en me disant qu'ils veilleront.

Le dimanche 19 avril, le même fait se renouvelle avec plus de force ; les lourdes balances sont à terre devant le comptoir ; une pompe à air est déplacée ; vitrines et tiroirs sont encore ouverts et fouillés ; tout est dérangé ; la deuxième clef du magasin a disparu. Rien par ailleurs n'a été dérobé.

Je retourne à la gendarmerie ; à nouveau les gendarmes viennent constater ce qui se passe chez moi, et je les supplie de mettre un terme à ces farces, car je me rendais bien compte que je n'avais pas affaire à des voleurs. Je n'avais aucun soupçon que ma jeune domestique Thérèse fût l'auteur inconscient de ces faits. On l'aurait accusée de médiumnité que j'aurais été le premier à rire du mot, ne croyant pas à la chose.

Le lundi de Pâques, les mêmes faits se reproduisirent. Dans la matinée, Thérèse et une jeune fille de Chéragas étant montées aux chambres du premier étage, en redescendirent épouvantées en criant «au voleur». J'arrive et je vois les lits défaits, draps et couvertures à terre, les armoires ouvertes et le linge éparpillé sur le sol. Je ferme les chambres; je cours à la gendarmerie, pensant bien avoir mis le voleur sous clef. Avec les gendarmes nous remuons et fouillons toutes les pièces ; mais nous ne trouvons rien, toujours rien. C'était à désespérer ; cela devenait ridicule ; les enfants, la bonne avaient peur et ne voulaient plus rester seuls à la maison.

Le lendemain, c'est dans mon atelier que l'étrange sarabande se passe ; en y pénétrant, je vois à terre mon encrier brisé, l'encre répandue, le grand-livre jeté dans un coin, ma chaise renversée, mes papiers épars, mes lunettes à terre cassées, plusieurs lettres commerciales déchirées. Je commençais à trouver la série de tours dont j'était victime mauvaise et à m'en émouvoir fortement.

Dans la matinée du 21, ma fille Emilie aide Thérèse à faire les lits ; le pot à eau placé sur la commode-toilette distante au moins de deux mètres vient se jeter entre les jambes de la jeune bonne, et, en même temps le vase de nuit quittant la chambre se promène jusqu'au vestibule ; un vase à fleur descend de la cheminée, et, dans cette danse d'objets fragiles, rien ne se brise. Une cartouche préparée contre les prétendus voleurs vient tomber aux pieds de ma fille. Devant ces faits plus que bizarres, les enfants effrayés se sauvent et ne veulent plus monter au premier étage.

Madame M., âgée de 78 ans, domestique chez moi depuis trente ans, est affolée de ces faits extraordinaires qu'elle a vus et dont elle a éprouvé les effets ; peu d'hommes cependant peuvent rivaliser avec elle de sang-froid et de courage.

«Jamais, dit-elle, je n'avais vu cela, et pourtant depuis soixante-et-onze ans que je suis en Algérie, j'en ai vu de toutes sortes. Entendant les enfants crier, je monte l'escalier, je les fais sortir des chambres et je ferme les portes à clef. Je m'assieds dans la cuisine et aussitôt je reçois sur la tête une boîte d'allumettes et un dé en argent. Je montre ces objets à M. Todeschini, en lui disant la manière dont je venais de les recevoir sur la tête.

«Mais c'est ma boîte d'allumettes et le dé d'Emilie qui se trouvaient dans ma chambre.

«Quelqu'un vous les a donc jetés du haut de l'escalier, me dit-il.

«Mais non, répondis-je ; il n'y a personne là-haut. J'en suis sûr ; j'ai fermé les portes à clef.

«Tous deux nous montons dans la chambre, et nous constatons que le tiroir de la table de nuit ne renfermait plus ni dé, ni boîte d'allumettes.

«Dans la même journée, je reçois encore sur la tête une grande casserole en fer battu. Le lendemain, c'est une paire de savates qui me tombent dans le dos. De mes propres yeux, je vois une chaise qui se déplace et vient se poser à côté de moi. Un manche de fouet, pendu

par un anneau à un clou dans la cuisine, s'en détache et tombe à terre ; je le remets en place, il retombe une troisième fois et vient me frapper au front ; je ne cède pas et le remets à son clou. Je ne suis plus à compter les pelles, pincettes et autres divers objets que j'ai reçus sur les genoux, étant assise. Jetez encore,. disais-je, vous ne m'effrayez pas. D'ailleurs, je dois dire que ces objets lancés sans violence ne me faisaient aucun mal ; ils semblaient être maniés par une main délicate».

M. Todeschini reprend la parole : Thérèse, un jour, sous le coup d'une forte émotion pénètre dans la salle à manger ; elle vient de voir une femme habillée de noir, un mouchoir blanc passé sous le menton et noué au sommet de la tête ; comme elle se rend dans le hangar de la cour, la dame en noir la poursuit et, lui saisissant les poignets, lui dit : «Secourez mon mari, embrassez mes enfants !» Thérèse entre en pleurant, nous montre ses poignets meurtris et nous raconte ce qu'elle prétend avoir vu et entendu.

Reconnaîtriez-vous cette femme si on vous la montrait ? lui dis-je. «Oh ! parfaitement.» Je prends sur le buffet de la salle à manger, mon album de photographies ; il en contient plus de cent ; je l'ouvre au hasard et Thérèse s'écrie : «Voilà la femme qui me poursuit» !

C'était le portrait de ma femme, morte depuis neuf ans. Je montre à la jeune fille toutes les autres photographies de femmes, soeurs, belles-soeurs, parentes. Rien. Elle ne reconnaît personne et m'affirme n'avoir jamais feuilleté cet album.

Très ému par cette scène, qui réveillait en moi des souvenirs pénibles, je remets l'album en place et me dirige vers la porte : l'album part, traverse la salle à manger et vient tomber à mes pieds, parcourant un espace de cinq mètres au moins.

Voici maintenant M. Fournier, un voisin, qui va nous dire ce qu'il a vu : Une carafe au long col et au ventre rebondi, était placée dans une assiette, sur la table de la cuisine. Je causais avec Mme M. et nous voyons la carafe à moitiée pleine d'eau descendre de la table, monter quatre marches de l'escalier, en redescendre trois et s'arrêter. J'ai remis moi-même la carafe intacte sur la table.

A sept heures et demie du soir, nous nous trouvons avec Thérèse dans la salle à manger. Sur le buffet, se trouvait un compotier à trois compartiments rempli de citrons ; un de ces fruits s'échappe du compotier et vient se poser sur la table ; je le remets en place, puis nous allons vers la cuisine ; un citron, — est-ce le même ? — descend du buffet, traverse salle à manger et cuisine, et vient tomber dans cette pièce à côté du potager ? Nous l'y ramassons et le replaçons à côté des autres fruits.

Thérèse s'occupe alors à mettre le couvert ; elle nettoie un couteau. Tout à coup, l'encrier de M. Todeschini placé sur le bureau se déplace, se renverse sur les mains de la jeune fille et roule à terre. Effrayés, nous allons vers Thérèse pensant que ses doigts sont coupés par le verre ; non, ses mains ne sont que tachées d'encre, ainsi que le parquet ; l'encrier n'est pas brisé, et, cependant, il a été projeté à trois mètres. Mme Fournier, assise dans la cuisine, a vu le haut du buffet s'ouvrir,

un verre et une assiette en sortir et, toujours sans se briser, venir se jeter à ses pieds.

Il serait trop long d'énumérer tous les faits du même genre qui se sont produits ; ils ont eu des témoins oculaires, MM. Philippe Andrieu propriétaire, Marytha, Dertier, etc., etc., tous prêts à certifier l'authenticité de ces faits.

Ces phénomènes répandus dans le public et affirmés par des personnes honorablement connues surexcitent la curiosité de la population ; plus de trois cents personnes, chaque jour, envahissent le magasin, le logement et la cour de M. Todeschini.

Le Dr. Claude de Chéragas, mandé pour constater l'état de la jeune Thérèse, conseilla à M. Todeschini de rendre l'enfant à sa famille ce qui fut fait.

C'est alors qu'on vint me prier de m'occuper de cette maison hantée. J'eus la curiosité d'aller à Chéragas, d'étudier sur place ces faits étranges, d'entendre les témoins, de me rendre compte de l'état nerveux de la jeune Thérèse, de façon à être assez documenté pour découvrir la cause des manifestations. Or, les faits que j'ai constatés à Chéragas sont devenus merveilleux sous une influence psychologique, que j'appelle «l'allongement de la ficelle».

Ne vous étonnez pas : ce phénomène nous expliquera la plupart des faits miraculeux. Voici. Devant vous est un mètre de ficelle, rien qu'un mètre, mais votre imagination l'allonge et vous le fait voir long de deux mètres : «Miracle !» criez-vous, sans réfléchir que le miracle n'a lieu que dans le mètre surajouté par vous, et que si vous vous contentiez du mètre primitif, aucun miracle n'existerait.

Mais avant de constater ces «ficelles», essayons de comprendre l'état d'âme de la possédée de Chéragas. Thérèse dont les parents habitent la Cantère, faubourg d'Alger, est une toute jeune fille âgée de quinze ans environ ; elle n'est pas mûre, comme dit mon arabe, dont la femme, trop jeune aussi, vit, loin de lui, en Kabylie. La petite Thérèse est à ce moment psychologique où les jeunes filles attendent et rêvent. Thérèse a rêvé, mais ne veut plus attendre pour faire parler d'elle. Pendant son enfance, elle a habité un logement voisin de celui d'une dame qui, dit la chronique, est une somnambule hypnotisable. Il est probable que, dans ce voisinage, elle a été mise au courant de ce qui se passe dans les séances de spiritisme. Cette dame, entre parenthèses, rejette sur une sorcière de Chéragas l'envoûtement de Thérèse dont on l'accuse.

L'éducation non scolaire de Thérèse fut parachevée à l'ouvroir des soeurs de Bab-el-Oued, où les langues des petites ouvrières sont bien fendues, les esprits bien éveillés, et les mains bien habiles, non seulement à faire courir l'aiguille dans la laine, mais encore à s'exercer aux tours de prestidigitation

qui font voler dans la salle de travail, pelotes et menus objets sur les têtes penchées des plus laborieuses. Soeur Augustine vous en dira long, si vous l'interogez là-dessus

Pour compléter l'étude psychologique de Thérèse, disons qu'elle a, comme beaucoup de jeune filles, le goût exquis du mensonge. Or, on sait combien est terrible ce défaut chez les adolescents, et combien d'innocents, grâce à lui, ont été punis, mis en prison, envoyés aux galères, ou même conduits à l'échafaud ; tant et si bien que la justice refuse maintenant le témoignage de ces inconscients.

Eh bien ! Thérèse mentait, lorsqu'elle accusait Mme B. de l'avoir envoûtée, depuis trois ans, au moyen d'une orange ; ou bien encore, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, lorsqu'elle déclarera avoir vu le fantôme de Mme Todeschini.

Nous connaissons les causes, voyons les faits maintenant. Lorsque je lus, dans le Journal *les Nouvelles* d'Alger, l'affaire de Chéragas, je me souvins de l'histoire semblable racontée par le professeur Grasset. Il y avait eu chambardement chez M. Todeschini, tant que Thérèse habitait Chéragas ; la jeune fille partie, la maison avait retrouvé sa tranquilité : c'était donc Thérèse qui était l'auteur de tout ce qui s'y était passé.

Ce premier point établi, cherchons, puisque la jeune fille est la cause de ces bruits étranges, quelle était la force agissante qui les faisait se produire. Etait ce Satan ? comme le croit Soeur Augustine, qui place sur la poitrine de l'enfant un rameau béni, et orne ses poignets et son cou de médailles saintes ; comme le croit aussi la bonne vieille Mme M. de Chéragas, qui me regarde de travers, prête à me prendre pour le diable en personne, parce que je n'y crois pas ? Cette supposition burlesque a le don de faire rire tout le monde, même les croyants à l'enfer.

Je ne pense pas non plus que l'ange Gabriel de Mlle Couesdon y soit pour quelque chose et qu'il ait abandonné ses occupations célestes pour venir frapper à la porte de M. Todeschini ? Donc, ni le diable, ni le bon Dieu, ne sont pour rien dans le tapage de Chéragas. Restent deux explications : ou bien, seule, la fourberie de Thérèse a tout fait, ou bien elle est douée de forces médiumniques capables de produire des phénomènes extraordinaires.

La malice de Thérèse est-elle seule en jeu ? D'avance ma raison pure qui ne croit pas aux miracles, dit oui, et mon

enquête sur les lieux confirme mon affirmation ; Thérèse, sans avoir besoin d'être un médium, a tout perpétré : nous le prouvons.

Etudions d'abord un premier ordre de faits, les coups frappés : le 9 avril deux coups sont constatés à la porte de la cuisine et deux autres contre la fenêtre de la salle à manger ; les 10 et 11 avril, les mêmes coups se reproduisent à la porte de la cuisine. On sort, on fouille la cour, rien. Le 12, on tend une embuscade : un voisin, M. Fournier, est placé à la fenêtre du premier étage pour surveiller la cour ; on frappe, il entend, mais ne voit rien. Le 13, une nouvelle embuscade : M. Fournier se cache dans un tas de fagots armé d'un fusil, et un autre se cache dans l'atelier situé dans la cour ; le chien garde la porte. Le même phénomène se reproduit et les surveillants ne voient rien. Le lendemain, M. Fournier, armé d'un revolver, se place en dedans de la porte de la cuisine, la laissant entr'ouverte ; lorsque les coups habituels se font entendre, il ouvre vivement la porte et décharge son arme. On se précipite, pensant tout au moins trouver le cadavre d'un voleur. Rien ! Personne !

Qui frappait donc ainsi ? C'était Thérèse, qui se payait la tête de ces braves gens. Parce que toute leur attention se portait au dehors, ils négligeaient de regarder au dedans. Ils laissaient se monter leur imagination, avant de consulter leur raison, et les revenants, les loups-garous de leur enfance, habillés autrement, les affolaient littéralement. J'interroge :

D. — Où était Thérèse ?

R. — Dans la cuisine, ou bien allant et venant de la salle à manger à la cuisine.

D. — Pouvez-vous me dire où elle était placée, au moment précis où les coups se faisaient entendre ?

R. — On ne s'en souvient pas. L'attention n'était pas de ce côté, mais sur les coups frappés au dehors. Cependant, m'objecte-t-on, le soir où M. Fournier a tiré les coups de revolver, comme il était placé en dedans contre la porte, il aurait vu quelqu'un frapper.

D. — Donnez-moi le manche à balai ; placez-le derrière ce meuble ; mettez-vous à la place de M. Fournier.

Pan ! pan ! Avec le manche à balai j'ai produit les deux coups, et M. Fournier, qui me tourne le dos et regarde dans la cour, n'a rien vu, ou plutôt n'a vu que du feu, son coup

de feu. La chose est-elle possible? Oui. Alors elle s'est passée ainsi! Cela me suffit.

Dans cette maison, je ne vois de raisonnable que le chien, le bon toutou que l'on met chaque soir au travers de la porte et qui n'aboie pas, lui, parce qu'il sait à quoi s'en tenir sur les esprits frappeurs ; je le vois remuer la queue, en regardant Thérèse, qui s'amuse follement en poussant des cris de frayeur comme les autres. Mais le coup de revolver a ébranlé les nerfs de la jeune fille, et à partir de ce moment, les coups secs frappés à la porte cessent de se faire entendre.

Alors, nous arrivons à un autre exercice : le chambardage, le magasin bouleversé, la lampe renversée par terre, les manches de fouets et les objets de quincaillerie les plus divers mis en désordre, les vitrines et les tiroirs ouverts, les clefs disparues, les balances descendues du comptoir sur le sol, la pompe à air déplacée.

Dans la cour les voitures changées de place, à l'atelier tout est mis sens dessus dessous, le grand livre jeté dans un coin, les papiers d'affaire déchirés. Après les chambres du rez-de-chaussée celles de l'étage au-dessus sont pillées : draps et couvertures par terre, armoires ouvertes, linge éparpillé sur le parquet.

Notons cependant ce fait, qu'une armoire fermée à clef a été respectée et n'a pas senti les effets de la force médiumnique : la serrure a résisté à la force psychique.

On croit à un ou plusieurs voleurs ; on court chercher les gendarmes ; on bouche toutes les issues ; on fouille partout ; on ne découvre rien. Thérèse se rit de la force armée ! *Horresco referens :* Thérèse se paie la tête des pandores de Chéragas.

J'interroge encore :

D. — Thérèse en cachette, a-t-elle pu faire tous ces déménagements ?

R. — Oui.

D. — A-t-elle été surveillée ?

R. — Non.

Alors c'est elle qui est l'auteur du chambardement, car elle seule a pu le faire.

Voilà donc une seconde catégorie de faits élucidés. Thérèse sans le secours de personne a pu les perpétrer ; comme on le voit, le terrain se déblaie.

Dans l'histoire des clefs, la jobarderie atteint ses dernières limites ; Thérèse a caché cinq clefs : deux sur le toit du hangar, une derrière le fumier, une autre dans une vitrine du magasin, la dernière dans le caniveau de la route.

Le 22 avril tandis qu'on la ramenait à Alger, chez ses parents, on lui demanda où sont les clefs égarées ? : «La dame en noir, répondit-elle, me dit où elle sont : deux sur le toit du hangar, une derrière le fumier, une dans une vitrine, une enfin dans le caniveau de la route.»

Aussitôt les voyageurs crient au miracle, et lorsqu'au retour, on trouve les clefs aux cachettes indiquées, au lieu de punir Thérèse pour ce mauvais tour, on entonne des louanges en l'honneur de sa double vue.

Mais là où Thérèse a donné des preuves de sa dextérité c'est quand elle fait pleuvoir sur la tête et le dos de la vieille Mme M. tous les ustensiles de la cuisine : casseroles, boîtes à provisions, balai, etc. Elle mérite évidemment un bon point, puisque pouvant projeter ces objets d'une façon brutale, elle les envoyait plutôt d'une main délicate.

Arrivons au fait qui semble miraculeux, parce qu'au mètre de ficelle réel, l'imagination des témoins a ajouté un second mètre non réel.

Mme Fournier, une voisine, se trouvant dans la cuisine, a vu, écrit-on, le haut du buffet s'ouvrir, une assiette et un verre en sortir et se jeter à ses pieds sans se briser. Ce serait un miracle, si le fait était exact : il ne l'est pas. Ce que Mme Fournier et Mlle Todeschini ont vu, c'est un verre, sans assiette, qui a frappé la rampe de l'escalier, puis est tombé à leurs pieds : mais elles n'ont pas vu ledit verre sortir du meuble ; comme les verres sont placés d'ordinaire dans le buffet de la cuisine, elles ont supposé que l'un d'eux était sorti de là, et qu'il s'était envolé jusqu'à la rampe de l'escalier. Cette supposition, c'est le mètre de corde ajouté, c'est le miracle.

Or, la supposition est fausse ; nous savons par les deux points de repère : la rampe de l'escalier qui a reçu le coup et l'endroit du sol où le verre est tombé, que ce verre n'a pu sortir du buffet.

Pour arriver là mathématiquement, il a fallu qu'il parte de l'angle de la cheminée de la cuisine. Et précisément, Thérèse se trouvait à cette place ; il n'est pas difficile d'en déduire qu'elle a profité d'un moment d'inattention des per-

sonnes présentes pour, subrepticement, lancer le verre contre la rampe.

Autre fait d'allongement de ficelle. Sur le buffet de la salle à manger, se trouve un compotier rempli de citrons. On nous dit qu'un de ces fruits, échappé du compotier, a volé sur la table. On a remis ce citron là où il devait rester, mais il s'en est échappé de nouveau, et s'est élancé jusque dans la cuisine, où il est tombé à côté du potager.

Mon enquête m'apprend : 1° que si le citron a été vu sur la table, personne ne l'a vu sortir de lui-même de son compotier et voler dans les airs ; 2° que si, en second lieu, il a été vu roulant sur le sol de la cuisine, personne non plus ne l'a vu sortir du compotier et traverser les deux pièces. On a supposé la chose ; et c'est cette supposition qui a fait le miracle, le fait prodigieux, le second mètre de ficelle. Pour les gens raisonnables, il n'y a que le metre de ficelle qui compte ; pour les naïfs croyants, c'est le second, celui qu'on ajoute qui frappe leur esprit.

D. — Où donc était Thérèse, quand les citrons volaient comme des balles lancées par des raquettes.

R. — Elle se trouvait dans la salle à manger, à proximité du compotier et n'avait pas les mains dans ses poches.

Semblable est l'histoire de l'album à photographies qui glisse de dessus le buffet, passe au-dessus de la table, traverse la salle à manger, pour finalement venir s'abattre aux pieds de M. Todeschini.

On a vu l'album tomber à terre, c'est acquis ; mais on ne l'a pas vu se lever de dessus le buffet et partir en voyage. On a supposé la chose : on a ajouté le mètre de ficelle. Inutile de dire qu'à ce moment, Thérèse était dans la salle à manger, et on peut croire avec quelque apparence de raison, qu'elle a aidé au voyage de l'album.

Semblable aussi le voyage de l'encrier, que l'on voit, des mains de la jeune fille voler à terre, en lui tachant les doigts d'encre. On suppose qu'il est parti du bureau placé à trois mètres, pour aller sur les mains de Thérèse ; mais on ne l'a pas vu effectuer ce trajet. Là encore, on allonge la ficelle, on crée le fait miraculeux.

Les actes de locomotion aérienne sont tous de même nature. On a vu l'arrivée des objets ; on n'a vu ni le départ, ni la trajectoire, et Thérèse était là.

M. Fournier, l'un des témoins, nous raconte, lui, un fait plus fabuleux, si c'est possible. Etant à la cuisine, il a vu une carafe à moitié pleine d'eau descendre de dessus la table, où elle était posée, se placer sur un escalier, en monter quatre marches, en descendre trois, et s'arrêter. Il est probable qu'interrogé par nous, ce témoin serait moins affirmatif et que nous trouverions vite le mètre de ficelle ajouté.

Déjà, Mlle Todeschini en dit moitié moins. La carafe n'est pas descendue de la table, où elle était posée, pour aller sur l'escalier ; elle y était déjà. Vous verrez bientôt que la carafe ascensionniste dira son secret et qu'on trouvera les pieds dont elle se servait pour se promener : sans quoi, nous dirions que M. Fournier qui est, dit-on, un aimable homme, est en même temps un aimable farceur.

J'ai gardé pour la fin l'hallucination de Thérèse.

«La jeune fille, disions-nous, avait des visions ; elle voyait une femme tantôt vêtue de noir, tantôt vêtue de gris, ayant un mouchoir blanc passé sous le menton et noué au sommet de la tête, qu'elle affirmait pouvoir reconnaître, si on la lui montrait. Dans l'album de photographies, elle désigna sans hésiter, l'image de Mme Todeschini, décédée depuis neuf ans.»

Ici, nous prenons Thérèse en flagrant délit de mensonge.

Jamais elle n'a eu cette vision de la morte : elle l'a inventée de toutes pièces, pour augmenter l'affolement déjà si grand de la famille Todeschini. N'est pas hallucinée qui veut : lorsqu'on a des visions, c'est qu'on est aliéné ; et alors d'autres symptômes de folie se manifestent, en même temps que celui-là.

Vivant avec les hallucinés, je puis parler de cette maladie en connaissance de cause. Thérèse n'est pas aliénée : sa seule folie, très développée du reste, est celle de la malice et de la fourberie.

Comme on le voit, la force psychique dont je nie l'existence jusqu'à preuve contraire, n'est pour rien dans les faits bizarres observés à Chéragas. Tout s'est produit parce que la rusée Thérèse s'est trouvée dans un milieu de gens crédules, faciles à tromper, et qui ont cru la supercherie impossible dans une âme d'enfant. Si l'un d'eux, méfiant, ou seulement s'éclairant de sa pure raison, s'était dit qu'il n'y a pas de miracles et que les coups frappés ne pouvaient l'être que par une per-

sonne vivante, et que, si cette personne n'était pas au dehors de l'habitation elle était indubitablement au dedans, il eût vite pris Thérèse en flagrant délit de gamineries. Au lieu de cela, on a couru après je ne sais quel fantôme insaisissable et on a voulu tuer l'esprit malin d'un coup de revolver. Fort heureusement, nous ne sommes plus au Moyen-âge et l'on ne brûlera ni la maison hantée de M. Todeschini, ni ses habitants contaminés de sorcellerie.

Quel était le but de Thérèse, en se livrant à Chéragas et à Bab-el-Oued à ces dévergondages d'imagination ? Etait-ce le seul désir de s'amuser follement aux dépens des gens qu'elle bernait, orgueilleuse de sa supériorité sur ceux qu'elle apeurait ?

Etait-ce dans le but de revenir à la Cantère, retrouver ses parents ou les amis qu'elle avait pleurés amèrement, dans les premiers jours de son exil à Chéragas ?

Etait-ce qu'elle a voulu, pour l'avenir, se préparer une position sociale plus lucrative que celle de domestique, par exemple en ouvrant un cabinet de médium à l'usage des sots ?

L'avenir nous le dira.

En attendant, j'ai conseillé au père de Thérèse, chaque fois que, dans son appartement, un objet prendrait fantaisie de se mouvoir sans raison, de corriger cette enfant, consciente ou non, au moyen d'un linge bien mouillé ; c'est une sorte de douche qui lui suggèrera que les actes qu'elle commet sont répréhensibles et que ni le mensonge, ni la fourberie ne sont à leur place chez une jeune fille.

Si on veut bien suivre mon conseil, avant peu la petite Thérèse deviendra sage comme une image.

III. Plaisanteries d'un marguillier.

Je ne parlerai que succintement d'un troisième fait analogue aux deux premiers et qu'il m'a été donné de constater, il y a quelques années déjà.

Dans un bourg de la Franche-Comté, une nuit, les locataires d'une maison furent réveillés par des coups sourds dont ils ne purent s'expliquer la provenance ; ils se levèrent, ouvrirent leur porte, et ne virent rien au dehors. Allumant une bougie, ils firent une minutieuse inspection au dedans du logis et ne virent rien encore.

Les nuits suivantes, lorsque minuit sonnait, les mêmes coups sourds se reproduisaient; toutes les recherches ne donnèrent aucun résultat. Plusieurs personnes veillèrent avec les locataires pendant plusieurs nuits consécutives; ils entendirent de même les coups de minuit, visitèrent la maison du haut en bas sans découvrir d'où provenaient les bruits perçus? Cela dura des semaines et des mois.

Dans l'immeuble voisin, séparé par un mur mitoyen, habitait un honnète citoyen, marguillier à l'église; chez lui, on le constata, ne s'entendaient pas les bruits de la maison hantée.

Les gens du village admirent l'hypothèse d'âmes souffrantes au purgatoire, implorant prières et messes pour en sortir.

On accéda au désir que l'on avait cru deviner: prières et messes furent dites; le curé vint même en grande pompe asperger d'eau bénite la maison hantée et dire des prières qu'il jugeait, avec les pieux villageois, propres et efficaces pour faire cesser les coups frappés à minuit. Le locataire et sa famille qui ne dormaient plus que d'un oeil, depuis de longues semaines, donnèrent congé et allèrent habiter une autre maison, moins hantée. Mais personne ne voulant habiter avec des âmes en peine, on ne trouvait plus de locataires quand un mécréant, qui ne croyait pas au purgatoire, voulut avoir l'explication de ces bruits nocturnes, et, froidement, raisonnablement en chercha la cause.

Il s'aperçut bientôt que la poutre maîtresse du toit était le siège du bruit, que cette poutre prenait appui sur le mur mitoyen, et que le sacristain lui-même, vers minuit, frappait sur elle comme sur sa cloche.

Ce qu'il advint du malin marguillier, qui avait trouvé plus fort que lui, inutile de le raconter ici.

Mais nous pouvons conclure de ces faits que, lorsque l'on cherche le fraudeur, on finit par le découvrir, si bien caché qu'il soit, et que toutes les maisons hantées le sont par des gens matérialisés bien en chair et bien en os.

CHAPITRE V

FLAMMARION ET SON LIVRE «L'INCONNU»

I. L'œuvre de Flammarion.

Le Dr. Charcot a écrit quelque part que le débrouillage des phénomènes psychiques et supernormaux serait l'œuvre de ses neveux. Les neveux sont venus, mais aucun ne nous n'a apporté le fait Télépathique irrécusable devant lequel chacun s'incline.

M. Flammarion qui se targue d'être un de ses neveux, malgré des volumes en nombre considérable sur ce sujet, ne nous a donné rien qui vaille.

Elevé au petit séminaire de Langres, il y a contracté des habitudes de croire l'absurde et d'accepter les dogmes sans les vérifier. Il s'est, il est vrai débarrassé de ses croyances, mais non de la méthode de tout accepter sans rien critiquer. C'est toujours le même homme qui prêche l'impossible et accepte sans sourciller les hypothèses invraisemblables autant sur l'astronomie que sur le spiritisme. Il a écrit de nombreux ouvrages d'imagination sur le ciel et les astres, dont la préface, malheureusement pour lui, n'a pas été écrite par Leverrier. Alors comme les lauriers des grands astronomes n'allaient pas à sa tête, il a voulu partager avec Jules Verne la couronne en papier doré des découvertes fantastiques. Le professeur Haeckel, parlant de l'auteur de «La planète Mars et de ses habitants», écrit que Flammarion se distingue par une regrettable insuffisance de critique et de connaissances biologiques ; on ne saurait mieux dire.

Ayant fait l'histoire de la découverte des mondes par Copernic, cela le mit en goût de découvrir un nouveau monde, celui de l'Inconnu, et à propos de télépathie il se laissa entraîner dans des hypothèses chimériques qui sortent complètement du domaine de la science pure. Pour Flammarion, la vérité est une chose secondaire : l'à peu près lui plaît mieux et les racontars des concierges sont pour lui un régal ; ceci explique notre sévérité à son égard dans cette étude.

Si nous avons choisi le livre de Flammarion, au milieu de tant d'autres études sur les problèmes psychiques, c'est

que mêlées à quelques observations qui seraient fort curieuses si on pouvait leur donner ce qui leur manque : un certificat d'authenticité, il s'en trouve un grand nombre tellement saugrenues que ces histoires, même lorsqu'elles sont des manifestations de mourants, auront du moins le mérite de dérider le lecteur un instant.

II. Manifestations de mourants.

Les mourants peuvent-ils manifester, c'est-à-dire avertir un parent ou un ami, par une sensation quelconque, qu'ils vont mourir? C'est ce que FLAMMARION, dans un premier chapitre, veut essayer de prouver en exposant un choix d'observations très variées.

Or, parmi les faits de manifestations de mourants cités par lui, la moitié sont à ce point grotesques qu'on s'étonne de les trouver relatés dans un livre prétendu sérieux. Nous allons en étudier de près un certain nombre pour mieux faire ressortir à quel point ils sont inadmissibles.

Voici d'abord le fait cité par le général PARMENTIER. Son père et sa mère, nous dit-il, dormaient par une chaude nuit d'été, portes et fenêtres ouvertes. Mme PARMENTIER tout à coup est réveillée par une secousse de son lit, mais son mari ne ressent rien et continue son sommeil. Deux secousses se produisent encore ; M. PARMENTIER se réveille à son tour. Il entend le fracas des vitres d'une fenêtre qui s'ouvre et se ferme ; en même temps, au dessous, le grincement d'une armoire qu'on ouvre et qu'on ferme ; enfin, plus rien.

Mme PARMENTIER, très superstitieuse, attribue secousse, bruit, fracas, grincement à un avertissement du ciel, combien bizarre, la prévenant de la mort ou de son père ou de sa mère ou de quelqu'un des siens. Or tous ceux qu'elle aimait se portaient bien ; mais une vieille gouvernante, — elle le sut un mois plus tard, — était morte à Vienne en Autriche ; cette Allemande n'avait pas voulu s'en aller à l'anglaise : elle prévenait Mme PARMENTIER de son départ, en s'accroupissant sous le lit pour le soulever, en faisant claquer les fenêtres et grincer les armoires d'une locataire inconnue d'elle. Tout cela quand un souffle léger et un baiser plus léger encore eût suffi pour manifester sa mort à distance !

On sourit encore, malgré la gravité du sujet, tellement

ce récit parait invraisemblable. En effet, il suffit que la vieille dame du dessous soit l'auteur de ces bruits, et le grincement de son armoire le fait supposer, pour que la thèse télépathique soit en défaut. Puisqu'en haut on entendait les bruits de l'étage au dessous, en bas on entendait ceux du dessus par exemple les sonores ronflements du dormeur. Prendre un balai, en frapper le plafond pour obtenir le silence, puis fermer les persiennes des fenêtres, fermer enfin une armoire et voilà expliqué tout le tapage, sans qu'il soit besoin de faire intervenir du fond de l'Autriche l'âme de la gouvernante, personne d'éducation, incapable de telles incorrections.

Manifestations de mourants, nous dit Flammarion. Alors c'est la pensée de la vieille gouvernante qui part en Alsace pour manifester sa présence? pensée qui se matérialise pour secouer le lit par trois fois, pensée qui devient Hercule pour être capable de soulever un lit avec ses deux dormeurs? Que serait-il advenu si, au lieu d'être vieille, la pensée eût été jeune?

III. Dans la troisième observation de manifestations de mourants, M. Bloch, un joyeux prix de Rome, nous paraît avoir conté sa petite histoire à ses camarades d'atelier avant de l'envoyer à Flammarion. Sa mère, en faisant sa toilette, voit à côté d'elle son neveu qui lui dit: «Mais oui, je suis bien mort, ma tante.» Quinze jours après, on apprend qu'il est décédé à Paris au jour et à l'heure de son apparition à Rome. Une seule critique. Le neveu aurait dû dire: «Mais oui, je suis mourant». Mentir à sa tante, à son lit de mort, dire qu'on est décédé, alors qu'on n'est qu'à l'agonie, c'est bien mal de la part de ce neveu fantômique.

IV. Un autre fait dans la note amusante. Une grand'mère dont le petit-fils est étudiant en Allemagne meurt à Copenhague. Une nuit, il entend quelqu'un monter l'escalier et entrer dans sa chambre: il ne voit rien, mais il entend et reconnaît le gros soupir de sa grand'mère; ainsi, celle-ci, avant de mourir, lui avait envoyé de Danemark son dernier soupir!

VI. Le fait de Mme F. de Juvisy pourrait exciter notre verve railleuse, car pourquoi faut-il qu'il se soit passé dans sa cave?

Elle a vu par le soupirail un rayon de soleil venir éclairer le sable du sol. Est-ce le coup de soleil? est-ce la fumée des

vins qui lui fait apercevoir le sol changé en plage de sable, et gisant sur ce sol, son cousin chef de bataillon mort à Varna pendant la guerre de Crimée? Pourquoi intituler cette vision une manifestation de mourants, quand c'est un cadavre qu'on aperçoit.

Mme F. de Juvisy eut sa vision en 1855. Or les troupes françaises étaient à Varna en 1854, et il n'y eut pas de bataille. La cave trouble les idées; n'y allez plus, Madame.

Flammarion ajoute: «Enregistrons la coïncidence de la date». C'est fait.

VII. Le député Clovis Hugues, poète de grande imagination, nous raconte une triste histoire. Il était enfermé à la prison de St-Pierre de Marseille, avec Gaston Crémieux, qui, lui, condamné à mort, attendait son exécution. Son compagnon un jour lui dit: «Quand on me fusillera, j'irai vous donner la preuve de l'immortalité de l'âme, en me manifestant à vous, dans votre cellule». Le matin de la mort de Crémieux, Clovis Hugues est réveillé par un bruit de petits coups secs frappés dans sa table. Il se rendort; quelques instants plus tard, le même bruit recommence. Il se lève et entend une troisième fois les coups secs. C'était l'âme de Gaston Crémieux fusillé le matin qui manifestait.

Mettez une table contre la muraille, et de l'autre côté de ce mur, allez frapper des coups secs; le son se répercutera dans la table. Il suffira que le condamné ait voulu avertir son ami avant l'exécution ou bien qu'un des soldats de l'escorte ait frappé le mur avec la crosse de son fusil, ou bien encore que le gardien, son ami, ait voulu le prévenir, pour que le bruit perçu ait été un bruit naturel. Autre critique: on donne le fait comme une manifestation de mourant; or c'était une manifestation de mort, puisque Gaston Crémieux voulait prouver l'immortalité de l'âme. Et puis cette âme immatérielle comment pouvait-elle frapper sans le secours d'une main matérielle?

VIII. Nous ne relèverons dans cette observation qu'une phrase à encadrer vraiment. «C'est horrible! Amélie se meurt, Amélie est morte, car je viens de l'entendre chanter, comme il n'y a *qu'une morte qui puisse chanter.*» Cette phrase est mise dans la bouche de M. Alphonse Berget, docteur ès-sciences, préparateur au laboratoire de physique de la Sorbonne, examinateur à la Faculté des sciences de Paris. Ces

nombreux titres nous font supposer que le Dr. Berget s'est aimablement moqué de Flammarion, qui ne paraît pas s'en douter.

XV. L'histoire de M. Chabaud et du père Garat, qui se passe à Limoges, fait comme la précédente partie des contes drolatiques. Ce M. Chabaud, très jeune encore, descend un jour se promener avec son grand'père ; tous deux passant devant la porte du père Garat, le voient à l'agonie. Quelques minutes après, au milieu de la rue, les deux promeneurs aperçoivent l'agonisant de tout à l'heure qui s'avance tranquillement vers eux au bord de la chaussée avec son bonnet de coton sur la tête, sa blouse bleue sur le dos, et son bâton à la main.

Leur effroi est tel qu'au lieu de lui parler et de s'assurer de son identité, le grand'père et l'enfant se hâtent de retourner à leur domicile : le père Garat venait d'y mourir. C'était donc son âme qui, au lieu de s'envoler comme les autres âmes à travers les airs, avait gardé son corps, sa blouse bleue et son bonnet de coton et s'en allait aux sphères éternelles, à pied, la canne à la main, par la route de Toulouse.

Arrivé à destination, qu'a-t-il fait de son bonnet de coton le père Garat, on se le demande. Dans ses commentaires sur cette gasconnade, M. Flammarion s'étonne du scepticisme de ses lecteurs qui, probablement, croiraient s'ils avaient vu la Garonne.

XX. L'histoire de M. Bertrand est la copie de la précédente : son père, lorsqu'il était enfant, passait un jour à vingt mètres environ de la maison du père Lenoir, un vieux berger, leur voisin qui venait de mourir, lorsqu'il le rencontra s'en allant «ad patres», *un petit paquet sur l'épaule*, pour changer de linge probablement, en arrivant dans l'au-delà.

XXIV. L'abbé Forestier avait sa mère très malade depuis plusieurs mois, à 60 kilomètres de Moulins, lorsque, le soir du 8 mai 1896, il ressentit de la tête aux pieds une secousse de télépathie sans fil qui l'avertissait de la mort de sa mère. Le choc avertisseur était faux, car sa mère n'était pas morte, mais seulement plus malade que d'ordinaire et ne trépassa que trente heures plus tard. Pourquoi alors nous donner ce fait comme preuve de télépathie?

XXXI. Un jeune étudiant atteint d'une angine est pris pendant la nuit d'une hémorragie et meurt. Or, la même nuit

une religieuse de l'hôpital est réveillée par des coups frappés à sa porte; les coups se faisant plus pressants, elle se lève, ouvre et ne voit rien. Or, c'était l'étudiant mort ou mourant, nous dit-elle, qui était venu la voir *parce qu'il la connaissait particulièrement.* Le narrateur, il a bien raison, ajoute: «Ne citez ni mon nom ni celui de la ville, car ici on est tout à fait fin-de-siècle et on se moque de tout!»

XXXIII. M. Miné, de la section d'administration militaire, en raconte une bien drôle. Deux amis; l'un a une sœur morte depuis plusieurs années, l'autre une grand'mère qui trépasse; une nuit, la sœur, vieille morte, va chercher la grand'mère, jeune morte, et la conduit dans la chambre de son frère qui apprend ainsi le décès.

XLII. M. Octave Marais, ancien bâtonnier à Rouen, est un homme de beaucoup d'esprit. Un sien cousin, au moment de la mort de sa mère, avait répandu autour du lit tout un flacon d'eau de Cologne. Or, chose admirable à dire et à sentir, à la même heure, la fille de la morte qui habitait à 150 kilomètres de là, sentit très nettement cette même eau de Cologne, alors qu'aucun flacon de cette essence n'était à portée de son odorat. C'est donc de l'organe nasal que lui vint la certitude de la mort de sa mère!

A côté de ce nez télépathique combien peu de chose une trompe d'éléphant!

A Mme Jeanne Renard d'Eberlé arriva l'aventure d'une morte qui se trompa d'adresse: dans la nuit elle entend des pas légers et du bruit contre la poignée de la porte: «Est-ce vous, Anna?» Ce n'était pas Anna: c'était une morte étrangère à la famille Renard, mais parente aux anciens locataires partis sans laisser d'adresse; cette morte, en route pour l'Eternité, avait cru trouver encore ses cousins dans leur ancien logement. Mme Renard d'Eberlé, sans doute, trouva sa carte le lendemain matin dans sa boîte, puisqu'elle a pu nous donner ces renseignements.

XXV. Encore un conte drolatique. Une dame avait refusé de prendre chez elle un officier atteint d'un mal incurable; navré du refus, ce capitaine se suicide. Or, cette même nuit, la dame, qui couchait à la campagne, fut réveillée par quelque chose qui se passait sous son lit. Elle alluma la bougie et vit avec terreur un gros chien qui se sauva à travers le carreau de la fenêtre.

Cette dame est persuadée que le gros chien et le capitaine ne font qu'un, et M. Flammarion partage cet avis.

XLII. Marius Morage est boulanger à Nîmes: une nuit il entend dans la chambre au-dessus de la sienne qui renferme des piles de pains, le bruit répété trois fois de pains tombant d'une étagère sur le plancher. Sa sœur, la même nuit, entend un branle-bas formidable dans sa grande armoire. C'est que cette nuit même, à l'hôpital de Birkadem (Algérie), leur frère Jean était trépassé.

Nota. Il n'y a pas d'hôpital à Birkadem, et il n'y en a jamais eu.

CXXII. Lisez la lettre suggestive de ce numéro, vous vous amuserez follement. M[lle] Joséphine a eu pendant sept années un amant qu'elle adorait; celui-ci l'a quittée, s'est marié, est devenu père, puis est mort.

«La nuit qui suivit l'enterrement, nous dit Joséphine, je vis entrer dans ma chambre une forme humaine, dont je cherchai en vain à deviner le sexe (oh!); elle était enveloppée d'un drap blanc, tel un suaire qui recouvrait sa figure.

«Je vis avec terreur cette forme s'avancer et se pencher vers moi; je sentis ses lèvres se coller aux miennes, mais quelles lèvres! (oh!) Je n'oublierai jamais leur froid baiser et l'impression qu'elles produisirent en tout mon être. Cependant j'éprouvais une détente (oh!); un sentiment de grand bien-être (oh! oh!) pendant ce long et froid baiser... Le lendemain, à midi, j'appris les obsèques de mon ancien amant. Ce cher ami était venu me dire qu'il m'aimait et qu'il m'aime encore par delà la tombe; mon âme serait heureuse de s'évader pour voler à sa recherche!» Auparavant, Mademoiselle, dites-nous le, avez-vous fini par vous assurer du sexe?

CXXIII. Une sœur se meurt et appelle son frère Paul par son nom répété trois fois. Paul et sa mère, qui habitent loin d'elle, partent en poste pour aller la voir. En route, le fantôme de la sœur traverse la voiture et frôle Paul; puis le dit fantôme court à la maison, et dans un accès d'extravagance, arrête la pendule et arrache un portrait de son clou, mais sans lui faire de mal!

CXXVII. Là est décrit un bien joli tour d'escamotage. Jacques à Grenoble reçoit télépathiquement, dans sa chambre, une jeune fille du nom de Marthe qu'il avait voulu épouser

autrefois et qui vient de mourir à Toulouse. Il sent dans sa main une main si froide qu'il pousse un grand cri.

Marthe s'évapore au cri de Jacques et laisse dans la main de celui-ci un verre d'eau fraîche.

Explication: Jacques était probablement buveur de vin émérite, et la bien-aimée lui donnait une leçon de choses. A envoyer à un journal anti-alcoolique.

Page 231. Emile Deschamps, auteur dramatique, est le meilleur des pince-sans-rire. Plum-pudding et Fontgibu le poursuivent: écoutez sa drolatique histoire! E. Deschamps dans son enfance étant un jour à Orléans, se trouva à table avec M. de Fontgibu, un émigré qui revenait du pays du plum-pudding. A la fin du repas, M. de Fontgibu lui fit manger du plum-pudding. Dix ans après, dans un restaurant du boulevard Poissonnière, il aperçoit un plum-pudding d'excellente apparence; il en demande une tranche; mais il était préparé pour M. de Fontgibu, homme respectable, poudré à blanc et portant l'uniforme de colonel, qui très aimablement lui offrit une part de son gâteau.

Vingt ans plus tard, Deschamps est invité dans une maison amie où l'on devait manger un énorme plum-pudding. On se met à table, mais voilà que la porte s'ouvre et un domestique annonce M. de Fontgibu. Les cheveux de M. Deschamps se hérissent sur sa tête; était-ce une vision, ante ou post mortem? Le vieux de Fontgibu entrait péniblement, appuyé sur le bras d'un domestique, mais ravi à la vue du plum-pudding.

Ce n'était pas un fantôme; M. de Fontgibu, invité par un voisin à un plum-pudding diner, s'était trompé de porte. «Trois fois du plum-pudding dans ma vie, s'écrie Deschamps, et trois fois M. de Fontgibu! Pourquoi? à une quatrième fois je suis capable de tout... ou de rien!»

Assez de manifestations de mourants, M. Flammarion. Les autres cas cités sont aussi peu admissibles, mais moins amusants. Il faudra des faits mieux observés, corroborés par des preuves plus sérieuses, avant qu'on puisse les admettre et en faire état.

III. Hallucinations télépathiques.

Continuons la critique du livre de Flammarion, et parlons des hallucinations télépathiques.

L'hallucination est la perception d'une sensation où les sens ne sont pour rien ; exemple : un halluciné voit un diable à ses côtés, quand bien même il n'y a aucun diable. C'est donc une perception fausse ; l'hallucination ne fait pas perdre au malade, — car l'halluciné est un malade, — la faculté de raisonner, mais elle le fait faussement raisonner ; exemple : un halluciné, grand savant de mes amis, a écrit des ouvrages qui lui ont valu plusieurs médailles d'honneur, ce qui ne l'empêche pas de refuser un vêtement neuf, sous prétexe que des mains de tailleurs, qu'une voix déclara impures, l'ont souillé : c'est donc un vrai malade.

Jeanne d'Arc était une hallucinée, ce qui ne l'empêchait pas de bien se battre.

L'observation de Nicolaï de Berlin, celle du malade cité par Walter Scott, celle d'Alfred Marey, sont des hallucinations du même genre. L'hallucination est un fait, une maladie ; elle est admise par tout le monde, elle ne fait nullement partie de l'Inconnu, et n'a rien à faire ici.

Mais il existe, nous dit-on, une hallucination d'une nature spéciale, c'est l'hallucination télépathique ; elle consiste en ceci : l'halluciné télépathique a subitement la perception d'une sensation de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, lorsque la pensée d'un mourant se matérialise, et vient de très loin exciter son nerf optique, auditif, olfactif ou sensitif.

Mais il ne suffit pas de nous dire que cette hallucination existe ; il faut nous en donner la preuve et une preuve contrôlable.

D'abord ne doivent être admis que les faits racontés par les témoins eux-mêmes, car le récit qui a passé de bouche en bouche, chacun y mettant du sien, se trouve à la fin complètement déformé. Vous trouverez cinquante faits de ce genre dans le livre de Flammarion. Il m'est arrivé, dans une nombreuse assemblée, de demander si l'un des membres avait eu une hallucination télépathique. Personnellement, aucun d'eux n'en avait eu ; mais l'un avait sa grand'mère qui avait éprouvé quelque chose d'anormal ; un autre avait un cousin dont le père avait ressenti la manifestation d'un mourant ; un troisième avait entendu un médecin de 91 ans qui avait connu des gens prétendant avoir éprouvé quelque chose de semblable. De telles histoires ne devraient pas être acceptées dans un livre sérieux avec une telle complaisance.

Une hallucination de cette nature est-elle possible? Nous l'admettrons lorsqu'une pareille hallucination aura été dûment constatée, mais pas avant. Ce que l'on peut affirmer aujourd'hui, c'est que, jusqu'à présent, aucune observation de cette nature n'a eu les caractères d'une certitude scientifique.

Celles du livre de Flammarion ne sont entourées d'aucune garantie et, par conséquent, rien moins que prouvées.

Parlons pourtant des trois principales de son livre, laissant de côté les autres.

Celles qui concernent Chevreul, l'éminent chimiste, sont trois racontars de vieillard. Dans le premier, Chevreul constate entre une vision qu'il a eue et la mort d'un ami une sorte de coïncidence ; le second est un fait de folie et non de télépathie ; et le troisième qui concerne l'enfant aux billes, qui sous le lit de sa tante morte depuis plusieurs mois, sent sa joue effleurée d'un baiser est une jolie légende, mais rien de plus. Gratiolet, qui les cite, dit que, dans ce cas, l'hallucination s'est développée sous l'influence du principe d'association d'idées. Flammarion lui-même, qui voudrait en faire état pour sa thèse, ne l'ose pourtant pas et émet des doutes à ce sujet.

Les autres cas sont encore des racontars. Il ne suffit pas qu'une personne affirme qu'elle a eu une hallucination télépathique pour la croire. Sans compter d'innombrables farceurs, beaucoup de dames et surtout de demoiselles veulent se rendre intéressantes, par une petite aventure avec un mort ou un mourant. Et combien d'hommes, qui sont femmes dans ce cas, en racontent en surenchérissant pour les besoins de la cause, de façon à les rendre bien merveilleux. Or Flammarion les accepte tous comme paroles d'Evangile.

Disséquons l'observation 87, citée par Brière de Boismont. Elle nous est donnée comme une hallucination ; or, ce n'en est pas une, c'est un rêve : «Une nuit, cette jeune personne, comme sa mère était très malade en province, rêva qu'elle était morte et réclamait sa présence avant de mourir.» Le lendemain elle raconte son rêve à son oncle, qui lui déclara que la nouvelle n'était que trop vraie : la mère était morte, mais il n'y avait pas eu coïncidence parfaite, entre l'heure du rêve et l'heure du décès ; la mère était morte au moins trois jours auparavant, car notons que Brière de Boismont écrivait son livre en 1845, époque des diligences, et que la lettre apportant la nouvelle avait dû mettre deux ou trois jours avant

de parvenir à Paris ; en sorte que la mère était morte depuis la moitié d'une semaine, lorsque la fille rêvait qu'elle était mourante seulement.

On voit sur quelle pointe d'aiguille cette histoire est bâtie. En résumé, elle se réduit à ceci : une jeune fille, sachant sa mère très malade, rêva, trois jours après le décès de celle-ci, qu'elle était mourante.

Brière de Boismont, dans son livre «*l'Histoire raisonnée des hallucinations*» écrit quelque part ces mots : «Il convient ici de se tenir dans une réserve prudente et les explications données pour ces faits sont loin de nous satisfaire.» Voilà soixante-cinq ans que Brière de Boismont a rédigé cette phrase, et depuis cette époque aucun fait nouveau ne s'est produit qui aurait pu changer sa manière de voir à ce sujet. On est toujours dans l'attente du fait nouveau.

IV. Rêves prémonitoires.

Ce sont des rêves qui montrent un fait, une situation, un état de choses, non encore arrivés et qui se réaliseront dans un avenir prochain. Flammarion qui ne doute de rien, même de ce qui se passe dans la planète Mars, ne doute pas non plus de la réalité de ces rêves et il en publie un certain nombre. Quelques-uns que nous étudierons à fond, nous montreront ce qu'ils valent au point de vue qui nous occupe ; puis suivant notre coutume de mêler le plaisant au sévère, nous relèverons quelques contes drolatiques, pas sérieux du tout, mais fort amusants.

M. Goupil était à Tunis. Un jour, son coiffeur lui raconte qu'un neveu âgé de 11 ans s'est réveillé au milieu de la nuit en criant : il rêvait qu'une méchante femme emportait sa petite cousine. Huit jours après sa petite cousine mourait du croup. M. Goupil en conclut sans hésiter que l'enfant vu en rêve était la mort, et que son neveu avait le don de prophétie. Conclusion : seront prophètes tous les enfants qui rêveront de Croquemitaine.

L'histoire de M. Bérard, dramatique au point qu'elle semble tirée d'un sombre feuilleton de petits journaux, ne supporte pas mieux la critique. M. Bérard, égaré dans les Pyrénées loin de la ville d'eau où il séjourne, rencontre la nuit venue, dans un endroit solitaire, une auberge analogue

au coupe-gorge de Rigoletto. L'hôtelier est sinistre, l'histoire plus encore. Lorsque, après un mauvais souper, le voyageur est laissé dans un appartement délabré dont la porte est sans clef, il s'aperçoit qu'un escalier dérobé masqué par des lambeaux de tapisserie, s'ouvre sur sa chambre. Sous l'influence de la peur, et pour n'être pas surpris, il barricade sa porte avec la table et les chaises.

Au milieu de la nuit, il croit entendre du bruit et voir briller la lueur d'une lanterne. Il crie : «Qui est là?» Angoissé, il écoute : rien. Malgré son effroi, il finit par s'endormir. Alors il fait un rêve effrayant : il voit dans cette chambre un homme couché dans son lit, *lui ou un autre*, il ne sait pas ; alors, l'hôtelier entre un couteau à la main, suivi d'une femme sordide, qui voile de ses doigts la lueur d'une lanterne ; l'homme s'avance courbé, et arrivé devant le lit plonge son arme dans le cœur du dormeur. Puis l'assassin et sa complice portant le cadavre l'un par les pieds, l'autre par la tête, descendent l'étroite échelle et vont le cacher sous un fumier. Le soleil dissipe cet affreux cauchemar. Réveillé en sursaut, M. Bérard se lève et quitte cette auberge de malheur.

Or, il arriva que trois ans après un voyageur fut assassiné dans cette même auberge et dans cette même chambre. Le crime fut découvert parce que M. Bérard, présent à l'instruction, parla de l'existence de l'escalier dérobé prenant accès dans la chambre secrète dont les assassins avaient omis de parler, pendant l'instruction.

Pouvons-nous admettre ce fait comme un rêve prémonitoire? Nullement. La raison suivante s'y oppose : le rêve n'a pas eu lieu tout à fait comme on nous le raconte. Mettez-vous à la place de M. Bérard terrifié dans la nuit, persuadé que les assassins le guettent au bas de l'escalier, et attendent son sommeil pour le surprendre ; il va continuer en rêve ce que son imagination lui a montré. C'est *lui* qui est couché dans le lit, et non pas un autre ; c'est *lui* vers qui l'hôtelier assassin s'avance et plonge un couteau dans le cœur. Supposer qu'il y aurait dans le lit un autre individu que lui, serait émettre une hypothèse contraire à toutes les règles du rêve ; j'en prends à témoin mes lecteurs. Les choses se sont si bien passées ainsi du reste, que M. Bérard n'osant nier complètement, écrit : «C'est moi ou un autre».

Si M. Bérard avait dit que dans son rêve le lit de l'au-

berge était occupé, non par lui mais par une autre personne, qu'il nous aurait décrite, il aurait alors vu d'avance l'assassinat qui se perpétra dans cette auberge trois ans plus tard ; il aurait eu réellement ainsi un rêve prémonitoire. Mais, honnête historien, il n'a pas osé effacer le mot, *lui*, parce que ce mot exprimait la réalité des choses, bien que gênant pour la théorie qu'il voulait édifier sur la prémonition.

D'autre part, même en supposant qu'il eût rêvé d'un étranger et non de lui-même, cela n'eût pas été un rêve prémonitoire, la cause du rêve s'expliquant par le milieu et les circonstances dans lesquelles M. Bérard passait la nuit. Je m'explique par un exemple : si M. Bérard, cette nuit-là, se trouvant couché dans la chambre très confortable de son hôtel, avec autour de lui des garçons à figure honnête et un hôtelier à lèvres souriantes, eût fait le rêve d'un étranger couché dans la chambre maudite, à escalier dérobé de l'auberge sinistre, sans que M. Bérard ait eu connaissance ni du coupe-gorge ni de ses habitants, nous aurions eu là un véritable fait de télépathie, une double-vue indéniable, parce qu'aucune circonstance n'eût fait prévoir à M. Bérard un tel crime.

Autrefois, les voyageurs qui devaient traverser la forêt de Bondy et qui rêvaient la veille qu'eux ou leurs compagnons de route y seraient assassinés, ne faisaient pas pour cela un rêve prémonitoire. Le rêve de M. Bérard ne l'est pas davantage.

Le fait XXXIII concerne une jeune fille morte subitement à Paris, loin des siens. Les parents désolés viennent de la province et veillent la morte. Le patron, qui paraît s'occuper des sciences occultes et veut avoir un cas à signaler, coûte que coûte, leur demande s'ils n'ont pas eu quelque pressentiment de cette mort. « Non, répondent-ils, nous n'avons rien eu de semblable. » Vous n'avez pas eu de rêve, que votre fille est morte? Ils cherchent à se rappeler et la mère finit par se souvenir qu'elle avait rêvé, il y avait de cela une dizaine de jours, que leur fille était trépassée.

Mille mères, inquiètes de leurs filles, dans la même nuit, auront eu ce même rêve, sans qu'on puisse en déduire un rêve prémonitoire.

Autant pour amuser le lecteur que pour lui prouver combien M. Flammarion se laisse facilement mystifier, citons quelques faits amusants.

Mlle Hubert de Nancy rêve qu'une de ses petites amies en pension à Ecouen, près de Paris, passe dans une rue de Nancy. Deux jours après, on va la chercher et on la ramène à Nancy. C'est tout.

Une autre fois, la même demoiselle Hubert rêve qu'un sale mendiant lui demande un gîte pour la nuit, et le lendemain soir ce même mendiant vient lui demander un abri, ce qu'il avait fait plusieurs fois déjà du reste. C'est tout.

XLIX. Un directeur d'école, qui se moque semble-t-il, à 11 ans rêvait déjà. Il rêve qu'il était à l'orée d'un bois, un soir, à la tombée de la nuit, et, circonstance aggravante, devant un mur; il était seul et avait envie de pleurer. Plus tard, étant sous officier, il rêve qu'il est devenu instituteur. Pourquoi ne pas rêver qu'il était ministre de l'Instruction publique, puisque les rêves lui réussissent.

Le chapitre III peut être intitulé: «A quoi rêvent les institutrices». Celle de Villeneuve voit passer un beau jeune homme, l'admire et désire l'épouser.

Une nuit, elle se voit à l'autel échangeant avec lui les anneaux d'or. Six mois après, a lieu le mariage. Ce rêve prémonitoire est beaucoup demandé.

Le jeune homme du No 56, futur notaire, rêve qu'il fait une course à bicyclette; un chien vient se jeter sur sa machine, qui se casse dans la chûte. Le lendemain, réveillé, il va voir sa soeur domiciliée à huit kilomètres; il rencontre un chien, et tombe avec sa machine, dont l'une des pédales se brise. Le jeune homme ne dit pas que, journellement, en allant en bicyclette visiter sa sœur malade, il rencontrait le gros chien de la ferme et lui faisait une guerre acharnée, du haut de sa machine; c'était donc chose naturelle qu'il en rêvât la nuit, et qu'il en tombât le jour.

LVII. Le maréchal Vaillant, étant en route, en mer, pour le siège de Rome, a distinctement vu en songe, avant d'aborder, l'endroit précis des fortifications où il fallait commencer l'attaque.

Comme Vaillant avait fait, avant de partir, une étude très précise du plan de Rome et savait d'avance le point précis d'attaque, son rêve n'était que le reflet de ce qu'il avait lu et étudié. Alors pourquoi nous donner cette histoire comme un fait merveilleux?

LVII. Un étudiant de Paris habitait en 1811 le château

d'Estrée, où sa mère avait une fièvre typhoïde; dans son délire, elle criait que la maison était en feu. Un an après, en 1812, le château d'Estrée fut aux trois quarts brûlé Cette coïncidence de l'incendie et des paroles délirantes a été considérée comme un fait de télépathie par des gens de bonne volonté.

Mlle Poulain avait une tante qui mourut à 3 heures du matin; dans la nuit précédente, prétend-elle, elle avait vu en rêve une personne dont elle ne pouvait distinguer les traits. mais elle savait que c'était sa tante. Cette histoire ne rime à rien.

Mlle He riette X. est de Marseille, c'est pourquoi elle a le don de voir les villes à distance, et de les visiter en rêve, d'en parcourir les rues, d'en admirer les monuments, tout cela sans y être allée. Ce moyen peu coûteux de voyager fut employé par un de ses compatriotes de la Cannebière; pour visiter Paris, il alla seulement jusqu'à Avignon, et vit de là la capitale de la France approximativement. La même dame en 1882 brusquement séparée d'un cher ami, se trouva plongée dans le plus noir chagrin, quand tout à coup elle entend une voix inconnue lui dire: «Dans un an, jour par jour, cet ami te reviendra». Un an après, au mois de mai, elle rencontrait sur la Cannebière l'ami perdu qui, à sa vue, éprouva lui-même une émotion comparable à la sienne. Explications, regrets, remords, reconciliation. Depuis, tout à la joie avec l'ami dévoué dont le repentir est sincère.

La voix prophétique avait-elle l'accent marseillais?

Le N° LXI est l'histoire folichonne d'un sergent-major. En 1869, rêve de guerre: «Je ressentais tous les besoins (sic) de la vie militaire, la marche, la faim, la soif. J'entendais les commandements, la fusillade, le bruit du canon. Je voyais tomber des morts et des blessés à mes côtés; j'entendais leurs plaintes de douleurs. Tout à coup, attaque terrible: prussiens, bavarois et dragons badois; je suis aux prises avec un artilleur d'une batterie ennemie et je vois l'un d'eux me porter un coup de sabre tellement violent qu'il me sépare la tête en deux! Ce n'était qu'un rêve.

«Ce rêve se réalisa le 6 octobre 1870 avec quelques variantes dont je bénis le ciel; au lieu du coup de sabre qui devait me fendre en deux parties égales, je ne reçus qu'un coup d'écouvillon peut-être destiné à la tête, mais qui vint frapper plus bas en arrière.»

Le No LXIV est une bien jolie gasconnade venue en droite ligne de Toulouse. Un pharmacien raconte le rêve suivant: «Une nuit je vis en chiffres phosphorescents le nombre 76,30 inscrit sur mon livre de recettes à la place où devait s'inscrire celle du jour suivant. Le lendemain je parlais de ce chiffre à mon potache. Comment y arriver? Notre moyenne de recette est de 45 francs seulement. Mais, ô prodige, ce jour-là les clients abondent et, lorsque à 10 heures, nous faisons la caisse nous trouvons 76 fr. 30, le chiffre précis du rêve.»

M. Jaubert, qui n'est pas de Carcassonne pour rien, est consulté à ce sujet; il nous fait remarquer qu'il fallut un concours d'esprits très nombreux, les uns pour amener des clients, les autres pour en empêcher d'entrer, de façon à parfaire le chiffre 76 fr. 30 à un centime près. Un caissier-esprit fut même nécessaire pour les calculs. Une jeune dame payant fort mal d'ordinaire régla sa note, ce jour là, grâce à plusieurs esprits acharnés après elle.

Si toutes les histoires du livre de M. Flammarion étaient aussi humoristiques, ce serait un régal de le lire.

LXX. Mais la plus amusante anecdote est la suivante: ce sera la dernière que nous raconterons: «Je fus brusquement réveillé dans la nuit par un rêve épouvantable; l'apparition de la *moitié d'un cercueil*, isolée dans l'espace.

«Or à 4 heures de l'après-midi, passant à l'angle de la rue St-Pierre et de la rue du Plâtre à Lyon, que vis-je à 25 mètres devant moi? *la moitié d'un cercueil!*

«Ce cercueil venait d'être tiré de la voiture de l'entrepreneur des pompes funèbres par deux porteurs, et la première moitié m'étant masquée par l'encadrement d'entrée de la maison, je ne pouvais en voir que l'autre moitié: la moitié d'un cercueil!»

Après celui-là, tirons l'échelle et donnons la palme à ce M. Revel qui s'est moqué si spirituellement des rêves prémonitoires et de leur prophète.

Nous allons passer dans le chapitre suivant, à l'étude de la Divination de l'Avenir par Flammarion.

V. Divination de l'avenir par des Rêves.

Le titre indique la chose; pas n'est besoin d'autres commentaires.

Parmi les rêves-pronostics racontés dans l'ouvrage de

M. Flammarion, la plupart ne sont autres choses que des fumisteries que l'auteur n'a pas su voir ; on s'est payé sa tête, pour employer une expression plus pittoresque qu'académique.

A la page 105, la fille d'un boulanger de la Charité-sur-Loire, refuse un prétendant riche, parce qu'en rêve elle a vu un jeune homme en costume de voyage avec un grand chapeau de paille et des lunettes ; des lorgnons voulez-vous dire ? Non des lunettes, peut-être vertes ou bleues !

Comme sœur Anne, la belle Fornarina de la Nièvre attend son page à lunettes, pendant douze longs mois. Un jour d'été, la Charité-sur-Loire est en fête et donne un bal de souscription ; un voyageur, Emile de Labedollière, y paraît et le cœur de la belle Fornarina s'émeut. Il n'a ni chapeau de paille ni costume de voyage, mais il a des lunettes ; c'est lui l'homme de mon rêve, s'écrie-t-elle, et elle l'épouse. Pour sa dot elle avait un sac enfariné qui valait quelque chose.

A la page 517, une personne bigote rêve que le vicaire de sa paroisse prêcherait le dimanche suivant et que sa sœur assisterait au sermon assise devant la chaire ; la chose arrive comme le rêve le voulait et Flammarion en exulte.

Un prêtre du diocèse de Clermont, ancien élève du Lycée, ancien aumônier militaire, ancien curé de paroisse, maçon hors ligne, et brochant sur le tout un brin sorcier, va se promener à Saint-Paul-en-Jarret et s'exclame : «Mais je connais le pays. Il y a un an, j'ai rêvé de ces pierres jaunes !» Huit mois après, dans le coupé de la voiture de Clermont à Ambert, il jette les yeux par la portière de droite et s'écrie : «Je reconnais ce petit castel et son avenue d'ormeaux». Dix-huit mois auparavant, il les avait vus en rêve.

Plus tard, à Riom, ô surprise ! Il reconnaît comme une vieille connaissance la chapelle bâtie par son ami l'abbé Faurer que jamais auparavant il n'avait vue.

Le fait XI est celui d'un lypémaniaque enclin au suicide. La veille, il avait averti sa concierge d'aller à la Morgue si on ne le voyait pas revenir ; puis il en parle tant à sa mère qu'elle finit par en rêver deux fois. Lorsqu'elle voit venir le porteur de la mauvaise nouvelle, elle se trompe d'abord, son pressentiment s'égare sur sa fille absente. Comme on lui dit qu'il s'agit de quelqu'un d'autre. «Mon fils s'est noyé. En effet, il était mort... *d'un anévrisme au fond de l'eau.*» Gravement Flammarion nous l'atteste.

XX. Claire a tort, pendant six mois, de rêver, une ou deux fois par semaine, qu'elle est dans la misère ; à la fin son mari fait faillite, son rêve se réalise. Elle l'a bien voulu. Que ne rêvait-elle d'être milliardaire ?

XXII. C'est un pharmacien qui rêve craie et galets. Le lendemain il va dans une carrière voisine et trouve craie et galets ; or les galets et la craie sont rares. Heureux pharmacien que la passion de la craie et des galets dévore et qui la satisfait.

Mieux encore : cet heureux pharmacien, en ronflant, fait une autre trouvaille ; il rêve d'objets gallo-romains enfouis au village de Sissy, où l'on creuse un cimetière. Aussitôt il part, et dans l'une des premières fosses creusées, il trouve un pot gallo-romain !

Le N° 24 est polonais, comme le roi Auguste, et a des rêves, nous dit-il, qui le préviennent de la mort des personnes qu'il ne connaît que de vue, et lui sont indifférentes ; il ne sait pourquoi, ni nous non plus. En Pologne les rêves sont plus idiots qu'ailleurs. Quand Auguste avait bu, le Pologne était ivre.

N° 25. Une institutrice de Moravie (Autriche) étant aux Etats-Unis, a vu en rêve une grande porte monumentale à l'entrée d'une forêt, et à côté la maison d'un garde-chasse. Or, deux ans après en Pologne, elle s'est trouvée à l'entrée d'une forêt devant une porte aussi monumentale que celle rêvée, mais sans maison de garde : peu amusante histoire !

XL. M. Hammais est jeune, mais gentil. Externe d'un lycée de Paris, il se voit en rêve traversant le boulevard de la République une serviette sous le bras. Les magasins du Pauvre Jacques s'ouvraient ; un chien se sauvait, poursuivi par huit gamins, exactement huit ; enfin, une marchande des quatre-saisons passait poussant sa petite voiture. Or le lendemain matin, il revoit la scène de son rêve ; un chien courait et huit gamins, exactement huit, le poursuivaient ; la marchande des quatre-saisons traînait sa petite voiture et les employés du Pauvre Jacques eux-mêmes ouvraient le magasin. Ce jeune collégien a bien dû amuser ses camarades du lycée en leur lisant sa communication à Flammarion.

XLI. M. Meyer nous apprend que sa fille rêva loterie et vit dans son sommeil deux numéros phosphorescents. Elle raconta la chose à ses parents qui résolurent d'acheter les deux numéros désignés par le rêve ; mais des scrupules de

délicatesse retinrent papa sur le seuil du bureau de vente des billets (Oh! Oh!) Les numéros rêvés sortirent et donnèrent un gain de 75,000 francs. Mlle Meyer ne s'en est pas consolée et maudit depuis ce jour les scrupules de délicatesse de papa.

XLII. Ce rêve, si c'est vraiment un rêve, est l'un des plus jolis rêves qu'on puisse rêver. M. Soux de Carcassonne, allant à Paris avec sa femme, s'était arrêté à Tours. Laissons-lui la parole: «Le matin j'étais dans le délicieux engourdissement qui suit le sommeil et précède le réveil; c'est un état vague, avec idée encore un peu incertaine de la lumière qui fait revivre les choses autour de soi. On sent venir le jour avec ses occupations; on a la sensation que la vie a du bon, lorsqu'on repose ainsi bien confortablement couché dans un lit moelleux. Tout à coup une voix pure et fraîche que j'attribuai à un jeune apprenti, chanta une délicieuse romance sous ma fenêtre, la romance de Nadaud: Je n'ai pas vu Carcassonne.

«Arrivés à Paris, j'étais le soir même à un concert des Champs-Elysées, quand mes oreilles ravies entendirent à nouveau la douce romance: Je n'ai pas vu Carcassonne. J'affirme que c'était les mêmes notes et les mêmes paroles. Ceux qui ont vu Carcassonne comprendront mon émotion!» M. Flammarion a fait, lui, le voyage de la planète Mars, mais a-t-il vu Carcassonne?

XLVI. Une jeune fille dentiste n'avait aucun goût pour le mariage; l'art dentaire était-il pour quelque chose dans cet arrière-goût? L'histoire ne le dit pas. La mère avait cependant rêvé, le 2 janvier 1893, que sa fille viendrait lui annoncer son mariage. Ce ne fut ni le lendemain, ni le surlendemain, ni même le mois suivant. Elle dut attendre sept mois l'accomplissement de son rêve! Enfin la fille vint et apprit à sa mère qu'elle se mariait. «Je l'avais rêvé il y a sept mois», fit la mère heureuse. «Cela m'étonne pas, lui dit sa fille; tu as toujours un rêve en réserve! Même ton appartement, tu l'as rêvé deux ans avant de l'occuper!»

VI. Le livre de Flammarion est antiscientifique.

Après avoir lu cette analyse des faits cités par Flammarion dans son livre l'*Inconnu,* nous espérons que le lecteur en tirera la même conclusion que nous-même: celle de l'inanité de cette œuvre écrite, sans le souci de la recherche de la vérité.

Dans ses livres, nous n'avons trouvé aucun des faits qui s'imposent à l'esprit comme une vérité. Nous n'avons trouvé qu'un ramassis de racontars dont on peut s'amuser, mais qui sont indignes d'une sérieuse discussion. FLAMMARION sait très bien qu'EUSAPIA PALLADINO a été prise en flagrant délit de fraude à Edinbourg, à Milan, dans d'autres villes, et même à Paris, dans sa maison même. Pourtant, cyniquement, il l'excuse en déclarant que ce sont de sa part des fraudes inconscientes! Quelle trouvaille pour tout excuser et permettre de contineur des expériences et de publier des faits que l'on sait faux, mais que l'on donne quand même comme de vraies manifestations de force psychique.

FLAMMARION, comme son amie EUSAPIA PALLADINO, est, lui aussi, lorsqu'il écrit des livres comme l'*Inconnu* et autres semblables, un fraudeur inconscient; si le mot fraudeur l'offense, changeons-le et disons farceur inconscient.

En voilà assez pour les rêves divinatoires. Rien de sérieux ; tout à recommencer.

VII. Formation des légendes de télépathie.

Lettre de M. le DR. P.:

Mon fils était arrivé au dernier degré de sa maladie et depuis trois jours nous attendions sa fin ; la nuit précédente, pendant quelques heures, on avait cru sa dernière heure venue, puis il s'était endormi doucement jusqu'au matin ; dans la journée, il avait pu absorber quelques cuillerées de lait et de bouillon. Une lettre d'une personne chère était venue le ranimer et mettre un sourire sur ses lèvres et de l'animation dans ses paroles. A 3 heures du soir, comme une affaire importante m'appelait en ville, je crus pouvoir y aller, mon fils se sentant mieux et voulant dormir. Je l'embrassai, et j'eus la sensation de son visage très froid sur mes lèvres.

C'était au mois de janvier, un grand feu dans la chambre et trois bouillottes dans le lit suffisaient à peine à réchauffer le pauvre et cher malade, en sorte que, sur le moment, ce refroidissement de la face ne me surprit pas outre mesure. Je partis et, préoccupé de l'affaire grave que j'avais à traiter en ville, j'oubliai quelque peu mon malade pendant deux heures. Monté en voiture pour le retour, son image me revint à la pensée, et le souvenir du baiser si froid sur ma joue frappa

tout à coup mon esprit ; je crus comprendre ce que cette frigidité signifiait : c'était le froid de la mort. Je fus saisi d'un sinistre pressentiment et tout à coup, sous l'influence du désespoir, je criai à mon cocher qui laissait ses bêtes aller au pas : «Au galop, au galop ; mon fils se meurt, nous n'arriverons pas à temps !» Pendant un quart d'heure d'une course effrénée, je ne cessai de crier : «Mon fils est mort, mon fils est mort.» Hélas ! je ne me trompais pas. A la porte de la maison la triste nouvelle m'était apprise, et lorsque j'embrassai mon pauvre enfant, le même froid de la mort me donna la même impression que j'avais ressentie au départ.

Dans mon entourage, on sut ce qui s'était passé et les pressentiments affreux dont j'avais été assailli. Alors, se forma une légende de télépathie que je ne connus que plus tard. A deux kilomètres de distance, disait-on, j'avais éprouvé la sensation très vive de la mort de mon fils, au moment même où elle se produisait ; mon cocher en témoignait et l'affirmait à tous.

Un jour, un de mes amis m'en parla. Je fus surpris de savoir que le fait était admis dans mon entourage et dans le public comme une vérité. Alors avant de laisser la légende s'accréditer, ainsi que bien d'autres à ma place l'eussent fait, je voulus l'analyser à fond pour savoir si c'était un fait de télépathie véritable.

Voici ce qui s'était passé. L'infirmier qui veillait près du lit où dormait mon fils, n'entendant plus sa respiration, s'était penché sur lui et s'était aperçu que le pauvre malade avait passé du sommeil à la mort, sans un bruit et sans un mouvement. Il était exactement 4 heures de l'après-midi, lorsque l'infirmier avait constaté le décès. Or ce n'était qu'à 5 heures, donc une heure plus tard que j'avais crié à mon cocher que mon fils se mourait.

A 4 heures de l'après-midi, au moment où mon fils s'éteignait, je n'avais éprouvé aucune sensation, aucun choc intérieur, aucune pensée d'angoisse.

Il n'y avait donc eu aucun phénomène surnaturel. Si, une heure plus tard, j'eus cette sensation, c'est qu'elle naquit en mon esprit, non par télépathie, mais par une succession de raisonnements que voici. Mon fils est arrivé au dernier jour de son existence ; il n'a plus que quelques heures à vivre ; sa figure était froide, lorsque je le quittai ; peut-être ce froid

était-il celui de la mort? Je ne l'ai pas compris. Oui, c'était l'agonie qui commençait! Mon fils se meurt; mon fils est mort!

Analysez les faits de télépathie de même nature; vous trouverez pour la plupart une explication analogue à celle-ci. Si on ne trouve pas toujours cette explication, c'est qu'on la cherche mal, ou même qu'on ne veut pas la trouver.

Si je m'y étais prêté, un jour, mon cas eût été raconté de la façon suivante dans un livre ou une revue de télépathie.

M. X., qui avait son fils très malade, fut obligé de le quitter pendant quelques heures. Tout à coup, comme il était en voiture à plusieurs kilomètres de sa demeure, il sentit une commotion telle qu'il ne douta pas que son fils ne fût mort. La sensation télépathique fut si vive, qu'il en fit part aussitôt à son cocher, qui raconta le fait et pourra en témoigner au besoin. Malgré l'allure vertigineuse qu'il fit prendre aux chevaux, M. X. ne put arriver assez à temps, pour recevoir le dernier soupir de son enfant.

Mais il ne fut nullement surpris de la fatale nouvelle qu'on vint lui apprendre à sa descente de voiture; il la connaissait d'avance; il l'avait sue à la minute précise où il avait senti le choc intime. C'est un fait de plus à enregistrer à l'actif de la science télépathique.

VIII. Conclusions.

En terminant cette étude sur la télépathie, nous répéterons ce que nous disions au début. Nous ne nions rien en principe, et nous admettons d'avance la possibilité des faits même les plus invraisemblables, mêmes capables de bouleverser nos croyances.

Un fait, du moment qu'il existe, s'impose; on doit en tenir compte et l'admettre. Aussi ne faut-il pas confondre réalité avec possibilité, deux mots que beaucoup de gens croient identiques et qui sont dissemblables comme noir et blanc.

Des faits cités dans notre mémoire ont été admis comme possibles, mais à l'examen ils n'ont pas été admis comme réels, n'ayant pas été étayés par des preuves irrécusables. Des faits télépathiques nouveaux pourront plus tard se produire; on les étudiera pour savoir si on peut en admettre la réalité; mais

il faudra, comme pour ceux d'aujourd'hui, que la preuve en soit faite, sans contestation possible.

Dans ces matières, ce n'est pas la possibilité qui compte ; c'est la réalité, répétons-le.

De ce mémoire il résulte que la télépathie n'existe pas en cette année 1909, aucun des faits que nous avons étudiés ne pouvant servir de base à une science positive.

Pourra-t-elle exister jamais ?

L'avenir nous le dira.

Über juvenile Paralyse.

Von Dr. JAKOB FISCHER Primararzt des k. ung. Staatskrankenhauses zu Pozsony.

Die ursächlichen Momente, welchen man bei der Paralyse von jeher grössere Bedeutung beigelegt hat, sind bekanntlich in erster Reihe Syphilis, dann Exzesse in baccho et venere und auch geistige Überbürdung. Und wenn es auch in vielen Fällen nicht gelingt die Syphilis als anamnestische Ursache zu eruieren — es spielen ja dabei einesteils der Mangel an objektivem Befunde. dann das Verschweigen wegen falscher Scham eine gewichtige Rolle — so ist es doch die Mehrzal der Forscher, die einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Syphilis und der Paralyse annehmen. Auf welche Weise die Syphilis diese schwere Erkrankung des Zentralnervensystems hervorruft. ob durch endartritische Veränderungen an den Gefässen, die dadurch eine Mindererernährung des Gehirnes zur Folge hat. oder ob durch Bildung von Toxinen, die auf das feine Zellsystem des Gehirnes und des Rückenmarkes verheerend einwirkt, ist noch nicht aufgeklärt. Vielleicht dürften hier die serodiagnostischen Untersuchungen einiges Licht bringen. Jedenfalls ist es auffallend, dass das Auftreten der Paralyse so spät nach der acquirierten Syphilis geschieht, wird doch der Zwischenraum auf 10—15 Jahre gestellt, so dass manche Forscher dieselbe als tertiäre Form der Syphilis gelten lassen. Kraepelin nennt sie eine «metasyphilitische» Erkrankung. Doch dass Syphilis nicht die alleinige Ursache der Paralyse sein kann, beweisen die Fälle, dass in Gegenden — speziell im Süden — wo die Syphilis viel ausgebreiteter ist als bei uns, die Fälle von Paralyse doch seltener zur Beobachtung gelangen. Auch steht die Zahl der Paralytiker zu denjenigen, die eine Lues acquiriert haben, noch viel zurück.

Es müssen daher auch andere Momente mitspielen, durch welche die Paralyse zum Ausbruche kommt. Hereditäre oder durch Missbrauch von Alkoholicis, durch sexuelle Excessen etc. erworbene Disposition dürfte einen günstigen Nährboden für die syphilitischen Toxine bereiten. In wieviel und auf wel-

che Weise auch geistige Überanstrengung, materielle Sorgen und sonstige auf das Gemütsleben deprimierend und dadurch indirekt auf das Geistesleben hemmend einwirkende Zustände eine Rolle spielen, wäre noch eingehender zu untersuchen. Ich will nur noch auf die Untersuchungen von ROBERTSON hindeuten, dass bei der Ätiologie der Paralyse Mikroorganismen aus dem Darmtrakt und deren toxische Produkte eine Hauptrolle spielen, es wäre dies ein etwas veränderter LÖFFLERscher Diphteribazillus, welcher sich in den Schleimhäuten des Gastrointestaltraktes, der Respirationsorgane und des uropretischen Systems einnistet und durch seine Toxine die Erscheinungen der Krankheit hervorruft. Meines Wissens sind diese Befunde ROBERTSONS von anderer Seite nicht bestätigt worden. Doch dass die eingehende Untersuchung der Stoffwechselverhältnisse bei Paralyse — wie sie in letzterer Zeit wieder KAUFFMANN in Angriff genommen hat — noch manche neue Tatsachen hervorbringen wird, bezweifle ich nicht.

Nun sind für die Bewertung der obenangeführten ätiologischen Momente nicht ohne Interesse jene Fälle von progressiver Paralyse, deren Auftreten in einem solchen jugendlichen Alter geschieht, in welchem wir weder von einer Spätform von Syphilis noch von geistigen Überanstrengungen, materiellen Sorgen, etc. sprechen können, in denen auch Exzesse in baccho et venere noch keine, wenigstens keine anhaltende Rolle spielen. Die Zahl dieser sogenannten juvenilen Paralysen, welche bisher veröffentlicht wurden, ist relative eine kleine, weil sie ja eben zu den seltenen Fällen gehören. Bei mehreren dieser Fälle konnte man eine hereditäre Syphilis insoferne nachweisen, als der Vater oder die Mutter Syphilis überstanden hatten. Der Verlauf dieser juvenilen Paralysen unterscheidet sich nur wenig von dem der progressiven Paralyse Erwachsener, da ja die beiden Hauptsymptome: progressive Demenz und progressive Lähmungen bei beiden gleich sind und auch der letale Ausgang bei beiden gleich sicher ist. Nur die bekannten Grössenwahnideen treten bei juveniler Paralyse mehr zurück, dafür ist der geistige Verfall ein auffallend rascher. Die Diagnose einer juvenilen Paralyse dürfte bei ausgesprochenen Symptomen keine Schwierigkeiten bieten. Im Anfange wäre eine Verwechslung mit einer schweren Dementia præcox, wo schon einzelne katatonische und negativistische Erscheinungen in Vordergrund treten, möglich. Doch werden in diesen Fällen

die anamnestischen Daten klärend wirken können. Wenn uns nur halbwegs anamnestische Daten immer zur Verfügung stünden. In dem Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, fehlten uns jegliche diesbezügliche Daten.

Ein 21 jähriger lediger Taglöhner wurde am 12. Dezember 1907 auf die interne Abteilung unseres Krankenhauses aufgenommen, doch da er Anzeichen von einer Psychose zeigte, er war ängstlich, sehr unruhig, lärmend, wurde er noch in derselben Nacht in die psychiatrische Abteilung, welche dem Krankenhause angegliedert ist, transferiert. Bei der Aufnahme in der Abteilung ist er unruhig, ängstlich gibt manchmal unartikulierte Laute von sich, auf die Fragen gibt er keine Antwort. Nach einigen Tagen wird er etwas ruhiger, und beantwortet die an ihn gestellten Fragen. Der am 3 Tage aufgenommene Status somatikus ist folgender: Der mässig genährte Patient ist von mittelgrosser Statur, am Schädel keine wesentliche Anomalien. Die Pupillen verengt, doch gleichmässig, auf Licht und und Akkomodation ist ihre Reaktion kaum merklich. Rechts eine leichte Fazialparese. Zunge belegt, zittert wenig, doch zeigt sie keine Deviation. In den Händen leichter Tremor. Das ROMBERG'sche Phänomen ist positiv. Die Kniereflexe gesteigert. Gang etwas ataktisch. Status physikus: Patient ruhig, mehr deprimierter Gemütszustand, er perzipiert die Fragen etwas schwerfällig, doch gibt er entsprechende Antworten. Seine Sprache ist stolpernd, seine Schrift zittert, auch lässt er Silben aus, die er nicht rektifiziert. Aus den Antworten ist auf eine vorgeschrittene Demenz zu schliessen. Zeitlich ist er ganz desorientiert. Wir schreiben 1400, im Dezember, doch weiss er nicht der wievielte ist, auch nicht was für einen Tag wir haben. Er weiss, dass er im Spital ist, doch wäre er ganz gesund, es fehle ihm gar nichts. Er hat in seine Lage keine Einsicht und nimmt alles gleichgiltig auf.

Im weiteren Verlauf tritt eine allmähliche Verblödung auf. Anfangs gibt er noch Antworten, ist sogar vorübergehend euphoristrisch, sagt, dass er heiraten werde, er hat 2000 Hunderter im Vermögen, doch habe er gar kein Verlangen. Tagsüber geht er beschäftigungslos einher, kümmert sich um nichts, verlangt auch die Speisen nicht, doch bekommt er sie, dann verzehrt er sie hastig und gierig. Es treten auch allmählich Lähmungserscheinungen auf, Urin und Fäzes lässt

er unter sich, mit der progredierenden Demenz nehmen auch seine körperlichen Kräfte ab, er muss in den letzten Monaten schon im Bette liegen, auf die Fragen gibt er mehr keine Antworten, nur die um seinem Mundwinkel auftretenden fibrillaren Zuckungen bezeugen, dass er den Willen zur Antwort hat. Der Körper ist stark abgemagert, bei Bewegung der Extremitäten stösst man auf katatonischen Widerstand. Die Schwäche ist in steter Zunahme. Am 14. Feber d. J. nachdem zwei Tage früher Pneumonie auftritt, erfolgt der Exitus. Das unter Leitung des Herrn Hofrates Dr. Obersteiner stehende Wiener interakademische Zentralinstitut für Hirnforschung hat die eingehende Untersuchung des Gehirnes vorgenommen und war so freundlich uns folgenden Befund einzusenden: «Typisch paralytische Hirnrindenveränderungen am Nisslpräparat. Zahlreiche Stäbchenzellen, die Trabanten vermehrt. Ungemein charakteristische Form der Gefässprossung. Korkzieherartig gewundene Gefässe dringen von der Pia ein. Stark veränderte, zum Teil zweikernige Purkingezellen. Tangentialfaserausfall der vorderen Hemisphärenteile Ependymitis granularis. Infiltration und chronische Entzündung der Meningen.»

So typisch dieser Fall auch schon in vivo war, so tut es uns doch leid, dass wir keine näheren anamnestischen Daten besitzen um den vorherigen Verlauf der Krankheit feststellen zu können. Auch konnten wir Leider keine serodiagnostischen Untersuchungen machen, obzwar eine Spätlues wohl hier nicht anzunehmen war, und auch sonst objektive Symptome einer überstandenen Lues fehlten. Denn vielleicht könnte man grade durch die seltenen Fälle von juveniler Paralyse über wichtigere ätiologische Momente eine bessere Einsicht bekommen und dadurch zur Verhütung und zur Therapie der Paralysie vielleicht auch neue Anhaltspunkte erreichen.

Zur Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit

Von Privatdozent Dr. KARL HUDOVERNIG (Budapest).

Die Feststellung dessen, ob die Druckempfindlichkeit irgendeiner Körperstelle bloss auf Grundlage einer funktionellen Störung des Nervensystems (Hysterie, Neurasthenie, traumatische Neurose etc.), oder infolge einer organischen Veränderung entstanden ist, besitzt unzweifelhaften Wert sowohl vom klinischen, als auch vom forensischen Standpunkte; namentlich in der forensischen Praxis kann es oft von ausschlaggebender Wichtigkeit sein, welcher Natur die nachgewiesene Druckempfindlichkeit ist. Ich verweise bloss auf die Häufigkeit der letzteren bei der traumatischen Neurose, wo wir im MANNKOPFschen Symptome, d. h. der Erhöhung der Pulsfrequenz bei Druck auf eine schmerzhafte Stelle, ein sehr wertvolles diagnostisches Hülfsmittel besitzen. Freilich hat dasselbe bloss einen bedingten Wert; die ausgesprochene Anwesenheit des MANNKOPFschen Symptomes ist in positivem Sinne gewiss sehr verwertbar und ausschlaggebend für die traumatische Neurose; fehlt aber das Symptom, so kann daraus denn doch noch nicht auf Simulation geschlossen werden. Auch ist das MANNKOPFsche Symptom gewissermassen einseitig, denn es besagt ja nur, dass die Zunahme der Pulszahl bei Druck auf eine empfindliche oder schmerzhafte Stelle für das tatsächliche Bestehen der Schmerzen spricht, namentlich bei der traumatischen Neurose, wo die Druckempfindlichkeit ja zumeist eine funktionelle ist. Eine Unterscheidung dessen, ob die fragliche Druckempfindlichkeit funktionell oder organisch bedingt ist, lässt die MANNKOPFsche Methode nicht zu.

Eingehend hat sich mit dem Werte des MANNKOPFschen Symptomes RUMPF[1] beschäftigt, welcher an der Hand mehrerer

[1] Die Beeinflussung der Herztätigkeit und des Blutdruckes von schmerzhaften Druckpunkten aus. Münch. med. Wochenschr. 1907.

Beispiele zu dem Schlusse kommt, dass in manchen Fällen allgemeiner Neurose, welche mit Neuralgien oder schmerzhaften Druckpunkten einhergehen, sich durch stärkere Reizung folgende Veränderungen der Herztätigkeit und der Zirkulation hervorrufen lassen: 1. Beschleunigung der Herztätigkeit, 2. kurzdauernde Verlangsamung mit nachfolgender Beschleunigung, 3. Abnahme der Pulsgrösse, 4. vereinzelt Irregularität des Pulses, 5. Zyanose des Gesichtes, 6. Senkung des Blutdruckes, 7. Erhöhung des Blutdruckes; nach Aufhören des schmerzhaften Reizes sollen die Änderungen innerhalb kurzer Zeit schwinden. So interessant auch die Resultate Rumpfs sind, so lassen sie sich eben infolge ihrer Vielgestaltigkeit nicht dazu verwenden, um eine organische Druckempfindlichkeit von einer funktionellen unterscheiden zu können, denn R. erwähnt ja bei dem Druckschmerz einer allgemeinen Neurose sowohl Vermehrung, als auch Verminderung der Pulszahl.

Bevor ich auf meine Untersuchungen nach dieser Richtung übergehe, welche eben auf Grundlage der Pulszahlschwankungen eine Unterscheidung organischer und funktioneller Druckempfindlichkeit bezwecken, sei noch einer vorläufigen Mitteilung Max Löwys[1] Erwähnung getan; derselbe fand, dass «Die durch grelle Beleuchtung stark verengten Pupillen werden deutlich weiter bei erheblich schmerzhaften Druck auf organisch kranke Teile, diese Erweiterung bleibt aus bei psychogener Druckschmerzhaftigkeit.» In seiner ganz kurzen Notiz führt L. als Beispiel an, dass der Druck auf die normalerweise sehr empfindlichen Hoden Gesunder die Pupillenerweiterung hervorruft, während dieselbe bei Druck auf die unempfindlichen Hoden der Tabiker ausbleibt. Da nun diese Schmerzreaktion der Pupillen bei den unempfindlichen Hoden der Tabiker fehlt, so lässt sich das Zeichen als differential-diagnostische Zeichen zwischen organischer und psychogener Druckempfindlichkeit oder Druckschmerzhaftigkeit nicht recht verwerten, denn bei einer unempfindlichen Körperstelle kann ja ab ovo von keiner Druckschmerzhaftigkeit die Rede sein.

[1] Über die Schmerzreaktion der Pupillen als ein differentialdiagnostisches Zeichen zwischen organischer und psychogener Druckschmerzhaftigkeit. Neurol. Zentralbl. 1906.

Den Ausgangspunkt zu meinen Untersuchungen gab mir einerseits der gleich zu beschreibende Fall, andererseits die Erwägung jener allgemein bekannten Tatsachen, dass bei der Hysterie und Neurasthenie ein Druck auf schmerzempfindliche Stellen in der Regel eine Beschleunigung des Pulses hervorruft, wobei derselbe sonst qualitativ unverändert bleiben kann, andererseits ist es aber auch bekannt, dass bei verschiedenen organischen Erkrankungen des Gehirns eine Pulsverlangsamung durch Vagusreizung eintreten kann.

Infolge dieser bekannten Tatsachen stellte ich mir nun die Frage, ob sich nicht ein verschiedenes Verhalten der Pulsfrequenz bei organisch oder funktionell bedingter Druckempfindlichkeit feststellen liesse, resp. ob nicht ein klinisches Gegenstück zum Mannkopfschen Symptome bestünde? Ausschlaggebend war mir für die weiteren Untersuchungen die folgende Beobachtung: Ein bis dahin gesunder Mann erlitt gelegentlich eines Bahnunfalles eine leichte Verletzung an der Stirne, oberhalb des linken N. supraorbitalis und gleichzeitig eine allgemeine Erschütterung, als deren Folge sich eine kurzdauernde traumatische Neurose entwickelte. Nach Heilung der Wunde bestand gerade oberhalb des linken Supraorbitalis eine kurze Narbe, welche sich bloss auf die Haut beschränkte und mit dieser oberhalb der Grundlage leicht verschiebbar war. Die Narbe war auf Druck schmerzhaft, aber schmerzhaft war auch der Druck auf den Austrittspunkt des Supraorbitalis, was dadurch nachweisbar war, dass die Narbe vom Austrittspunkt der Nerven weggeschoben werden konnte und in diesem Falle konnte man einen Druck auf die Nerven ausüben, ohne dass gleichzeitig auch die Narbe gedrückt werden musste. Die Pulszahl des Patienten betrug ständig 60. Bei Druck auf den nicht verletzten und nur infolge der Neurose druckempfindlichen Nerv erhöhte sich die Pulszahl auf 72 (Mannkopfsches Symptom), während der isolierte Druck auf die vom Nerv weggeschobene und ebenfalls empfindliche Narbe die Pulszahl auf 54 herabsetzte.

Diese Beobachtung und mehrere andere ähnliche Fälle bewogen mich dazu, diese Erscheinung an einer grösseren Zahl von Fällen einer eingehenden Nachprüfung zu unterziehen. *Über die Druckempfindlichkeit* einzelner Punkte, Nervenstämme etc. *bei funktionellen Erkrankungen des Nervensystems,* wie Hysterie, Neurasthenie und traumatische

Neurose teile ich keine ziffermässige Zusammenstellung mit, denn meine diesbezüglichen Beobachtungen würden kein anderes Resultat erbringen, als jenes, welches ich eingangs erwähnt habe, dass nämlich eine Zunahme der Pulszahl bis zu 20 auch 30 Schläge in der Minute sowohl bei hysterischen, als auch neurotischen Druckempfindlichkeiten sehr häufig zu beobachten ist, dass ferner eine solche Steigerung wohl nicht unbedingt in jedem Falle vorhanden sein muss, dass ihre Anwesenheit für die funktionelle Natur der Druckschmerzhaftigkeit spricht, ohne dass ihr Fehlen im negativen Sinne verwertbar wäre.

Was nun die organisch bedingte Druckempfindlichkeit betrifft, so habe ich dieselbe vorerst nur in solchen Fällen untersucht, wo eine vorhandene Operations- oder Verletzungsnarbe, ein evidenter entzündlicher Vorgang oder dgl. ganz zweifellos für die organische und nicht funktionelle Natur der etwa vorhandenen Druckempfindlichkeit spricht und wo überdies keinerlei Neurosensymptome nachweisbar waren. Aus diesem Grunde habe ich aus dieser Untersuchungsgruppe alle jene Fälle ausgeschlossen, wo hysterische, neurasthenische Individuen eine druckempfindliche Narbe etc. hatten.

Derartige Fälle, nämlich organisch bedingte Druckschmerzhaftigkeit, untersuchte ich im Ganzen 35. Dieselben untersuchte ich alle nach der Richtung, wie sich die Pulsfrequenz während eines auf die betreffende Stelle ausgeübten Druckes verhält:

A) Fälle mit Druckempfindlichkeit und Beschleunigung der Herztätigkeit während des schmerzhaften Druckes: 3. Davon waren zwei Fälle mit Narben auf dem Kopfe, ohne nachweisbaren klinischen Folgeerscheinungen; in dem einen betrug die Zunahme der Pulszahl 8, im zweiten 12 in der Minute. Der dritte Fall bezog sich auf eine multiple Neuritis, mit sehr druckempfindlichen Plexi brachiales; die Zunahme betrug 16 Schläge in der Minute.

B) Fälle mit Druckempfindlichkeit und Verlangsamung der Herztätigkeit während des schmerzhaften Druckes: 32. Je nach der Lokalisation und klinischen Bedeutung der druckempfindlichen Narbe, resp. Stelle möchte ich die Fälle in drei Untergruppen teilen; u. zw.:

a) Verletzungs- oder Operationsnarben am Kopfe, wo die Verletzung starke Schädigung des Gehirnes in Form Jackson-

scher Epilepsie verursacht hatte; derartige Fälle besitze ich 6. In sämtlichen war eine entschiedene Verlangsamung der Herztätigkeit während des auf die schmerzhafte Verletzungsstelle ausgeübten Druckes nachweisbar; die Verlangsamung schwankte zwischen 4 und 16 Pulsschlägen und betrug im Durchschnitte 10 Pulschläge in der Minute.

b) Verletzungs- und Operationsnarben am Kopfe, ohne weitere nachweisbare klinische Schädigung oder Ausfallserscheinungen; derartige Fälle besitze ich 22. In diesen Fällen verursachte jeder Druck auf die schmerzhafte Stelle eine Verlangsamung der Pulszahl; diese letztere schwankte zwischen 4 und 20 und betrug im Mittel ebenfalls 10, wie bei der Gruppe *b)*.

c) Verletzungs- oder Operationsnarben an anderen Körperstellen, ausgenommen den Kopf; ich verfüge über 4 derartige Fälle; in jedem derselben verlangsamte sich die Pulszahl während des Druckes auf die schmerzhafte Stelle; diese Verlangsamung schwankte zwischen 12 und 20, betrug im Mittel 15 in der Minute.

C) Im Gegensatze zu der Gruppe *A)* und *B)*, welche bloss Fälle mit Druckempfindlichkeit organischer Natur umfassen, vereinige ich in der Gruppe *C)* solche Fälle, wo wohl Verletzungs- oder Operationsnarben, eventuell chronische entzündliche Organerkrankungen vorhanden waren, aber keinerlei Druckempfindlichkeit bestand; solche Fälle sammelte ich 11, davon 7 Narben oder dergl. am Kopfe, 4 an anderen Körperstellen. In sämtlichen 11 Fällen, wo also keinerlei Druckempfindlichkeit vorhanden war, blieb auch die Pulszahl während des ausgeübten Druckes gänzlich unverändert.

Aus den drei Gruppen ergibt sich somit, dass organisch bedingte Druckempfindlichkeit (Narben nach Verletzungen, Operationen, dann chronisch oder akut verlaufende entzündliche Erkrankungen) bei nicht neurotischen Individuen fast in allen Fällen mit einer Verlangsamung des Pulses während der Dauer des schmerzhaften Druckes verbunden ist. Nur bei 3 von meinen 44 Fällen war dies nicht der Fall; der eine dieser Fälle bezieht sich auf schmerzhafte Nervenstämme bei Polyneuritis, wo der Druck auf dieselben bekanntlich zumeist eine Erhöhung dar Pulsfrequenz hervorruft; in den anderen zwei Fällen bestand organisch bedingte Druckempfindlichkeit leichten Grades und dabei eine Zunahme der Pulszahl. In den

übrigen 32 Fällen organisch bedingter Druckempfindlichkeit war die Ausübung des Druckes stets von einer Verlangsamung der Herztätigkeit begleitet, welche zwischen 4 und 20 Pulsschlägen schwankte und im Durchschnitte 14 in der Minute betrug. Diese Verlangsamung war somit in 91,5% organisch bedingter Druckempfindlichkeit vorhanden. Den Blutdruck habe ich wohl nicht in allen Fällen untersucht, aber in mehr als der Hälfte; eine Veränderung desselben war während der Verlangsamung des Pulses nicht nachweisbar.

Ähnliche organische Veränderungen ohne Druckempfindlichkeit waren während des auf dieselben ausgeübten Druckes von keiner Verlangsamung der Herztätigkeit begleitet.

Ganz besonders möchte ich aber hervorheben, dass diese Verlangsamung der Herztätigkeit bloss in der ersten, eventuell zweiten Minute des Druckes nachweisbar war; hielt der Druck auf die schmerzhafte Stelle länger an, so erhob sich die Zahl der Pulsschläge wieder zu ihrer ursprünglichen Höhe, ja in einzelnen Fällen war sogar eine geringe Vermehrung der Pulsschläge nach längerem Drucke nachweisbar.

*

Resumé: Gegenüber dem Mannkopfschen Symptome, welches in einer Vermehrung der Pulsschläge bei Druck auf funktionell empfindliche oder schmerzhafte Punkte besteht, lässt sich in 91,5% organisch bedingter Druckempfindlichkeit eine mitunter ganz bedeutende Verlangsamung der Herztätigkeit (10—20, durchschnittlich 15 in der Minute) nachweisen, welche in der zweiten oder dritten Minute zumeist schwindet und der ursprünglichen Pulszahl Platz macht. Von einer Veränderung des Blutdruckes ist diese Erscheinung nicht begleitet. Organische Veränderungen ohne Druckempfindlichkeit zeigen während eines auf dieselben ausgeübten Druckes nicht die Verlangsamung des Pulses. Somit kann diese Erscheinung zur Unterscheidung dessen, ob eine Druckempfindlichkeit funktioneller Natur oder organisch bedingt ist, in den meisten Fällen verwertet werden.